WARDA RACHID BELHACINI

وردة رشيد بلحسيني

اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي



اضطراب الهلع
وثورة العلاج المعرفي السلوكي

اضطراب الهلع
وثورة العلاج المعرفي السلوكي

تأليف: د. وردة بلحسيني
أستاذ محاضر- علم النفس



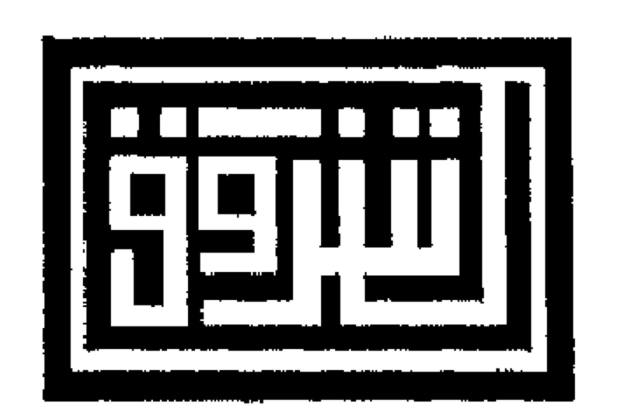
2014

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
(2013/7/2634)

152.46
بلحسيني، وردة رشيد
اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي/ وردة رشيد بلحسيني.- عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2013
( ) ص
ر. إ. : 2013/7/2634
المواصفات: الخوف//العلاج السلوكي//العواطف//علم النفس/
يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفة ولا يعبّر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

ISBN 978-9957 - 00 - 543- 6

- اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي .
- الدكتورة وردة رشيد بلحسيني .
- الطبعة العربية الأولى : الإصدار الأول 2014 .
- الاخراج الداخلي : دائرة الإنتاج / دار الشروق للنشر والتوزيع.



دار الشروق للنشر والتوزيع
هاتف : 4618190 / 4618191 / 4624321 فاكس : 4610065
ص.ب : 926463 الرمز البريدي : 11118 عمان - الاردن
Email : shorokjo@nol.com.jo

دار الشروق للنشر والتوزيع
رام الله - المصيون : نهاية شارع مستشفى رام الله
هاتف 2975632 - 2991614 - 2975633 فاكس 02/2965319
Email : shorokpr@palnet.com

إهـــداء

إلـى زوجـي وأنيـس دربـي

الـدكـتـور قـدور نويبـات

إلـى أبنـائـي قـرة عـيـنـي

صلاح الـديـن

رائـد أكـرم

فـادي الإسـلام

وفـرحـة البيت منَـة رتـال

تعـبـيـرا عـن حـبـي لهـم وشـكـري لـلـه عـلـى أن وهبني إياهم...

المؤلفة

د. وردة بلحسيني

فهرس المحتويات

الفصل الثاني

اضطراب الهلع

الفصل الثالث

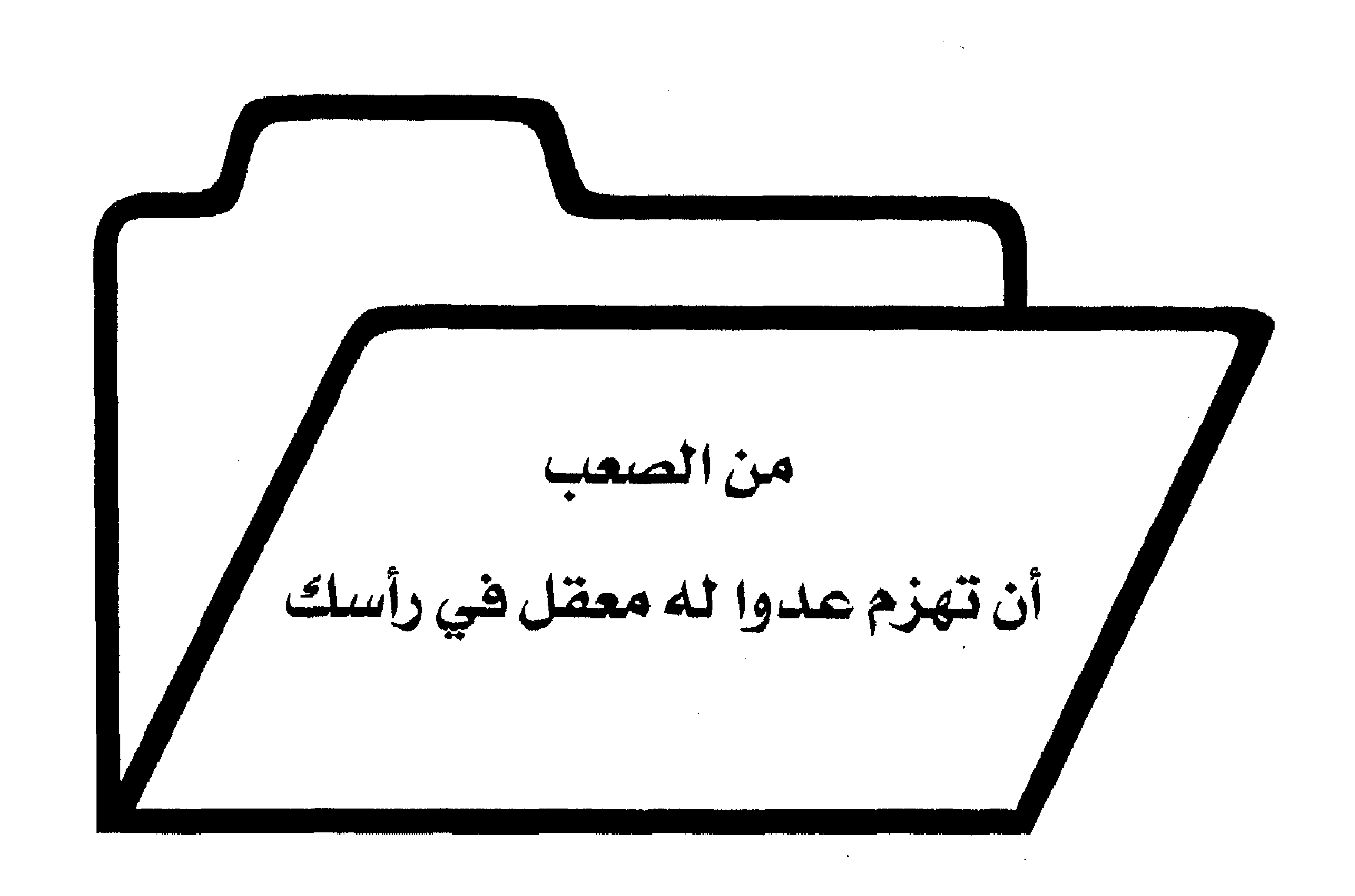
النماذج النظرية المفسرة لاضطراب الهلع

الفصل الرابع

تقييم وقياس الهلع

الفصل الخامس

علاج اضطراب الهلع


من الصعب
أن تهزم عدوا له معقل في رأسك

مقدمة الكتاب

حبيس خوفه

عندما دخل السيد "س" مكتب الاستشارة النفسية بدا شاحبا وضعيف البنية بعض الشيء، مرتب الثياب يمشي بهدوء، إنه رجل في (37) من عمره مستواه الدراسي ثالثة ثانوي، وهو يعمل حاليا سائق سيارة أجرة "طاكسي" وهو متزوج وأب لثلاثة أطفال، يسكن بيتا مستقلا، وقد أتى طالبا المساعدة ولم يتردد في الحديث مباشرة عن ما كان يثور بداخله من مخاوف، وقد بدا حائرا متأثرا وهو يصف حالة الخوف التي تنتابه بشكل لا يطاق، وبشكل متكرر أثر على نوعية حياته يوما بعد يوم.

ذكر السيد "س" خلال جلسات العلاج أن حالة من مشاعر الرعب الغامر قد انتابته أول مرة منذ أربع سنوات عندما كان يقود سيارته خارج المدينة متجها إلى مدينة مجاورة واصفا ذلك بقوله " بدأ قلبي يدق دون سابق إنذار، وأحسست بضيق في التنفس وكأنني أواجه الموت الوشيك (رايح نموت) فأوقفت السيارة وهرعت خارجا منها، وقد داهمتني نوبة تعرق (عرقة) من رأسي إلى رجلي، وبدا لي أنني سأسقط وأنهار فورا (رايح ندوخ)، وبعد عدة لحظات من الألم والخوف بدأ الأمر في التناقص تاركا وراءه كابوسا جاثما على قلبي بأن شيئا مريعا سيحدث لي، لا أعرف له تفسيرا.

لم يخبر السيد "س" أحدا آخر بما حدث له رغم أنه ظل يفكر في تلك الحالة طوال الوقت، وظن أنه عقاب من الله، لأنه كان يتعاطى المخدرات، وتوقف عنها منذ مدة، وهو الآن يدفع ثمن ذلك، هذا ما كان يدور برأسه وهو يبحث عن معنى ما حدث له.

بعد عدة أيام انتابته نفس المشاعر عندما كان عند الحلاق، وبالضبط عندما وضع له منديل الحلاقة حول عنقه، حيث شعر بأن نفسه بدأ يضيق، ودقات قلبه تتسارع، وراوده إحساس بفقدان الوعي، فنزع المنديل وسارع هاربا.

يصف السيد "س" مقدار التعاسة التي دخلت حياته منذ ذلك الحين، وقد أصبحت نوبات الهلع همًا يطارده معظم الوقت، لم يعد يسافر مطلقا خارج المدينة، الأمر الذي أعاق نوعا ما عمله كسائق سيارة أجرة، كما أنه لم يعد يخرج ليلا، ولم يعد يدخل

صالونات الحلاقة مطلقا، وحتى الأعراس فإنه يذهب بشكل اضطراري، ويجلس بجانب باب الخروج، لم يعد قادرا على إيقاف فكرة أنه مهدد بالموت أو ربما الجنون، وحاول كثيرا البحث عن حل لهذه الحالة حيث توجه إلى كثير من أطباء القلب، وقام بفحص قلبه ورئتيه، ودماغه، ضغط الدم والسكري عدة مرات، ولم تظهر الفحوصات أي أشياء تذكر، كما اتجه نحو الرقية والعلاج الشعبي بالأعشاب (علاج الخلعة)، كما قيل له لكن شيئا لم يثمر معه وظل حبيس خوفه.

لم أنس أبدا ذلك الشعور الذي انتابني وأنا أسمع استجداءه طالبا المساعدة في محاولة اعتبرها الأخيرة للعودة إلى حياة طبيعية، وهادئة. كنت على استعداد لبدء رحلة علاج مثمرة (بعون الله)، وكان الحماس يغمرني، وأنا أعمل على مساعدته تدريجيا للتحرر من خوفه، وكنت دائما أعلّمه أن السفن لم تخلق لتبقى مربوطة راسية في الميناء، وأنه قد آن الأوان ليبحر بعيدا عن خوفه ليواجه الحياة بتقلباتها حاملا في عقله أقوى الاعتقادات، وأكثرها موضوعية وفي قلبه أروع الأهداف التي طالما أجّلها، وبين هذا وذاك يسير بخطى ثابتة وهادئة كذلك.

ومنذ ذلك الحين قابلت حالات عديدة تعاني من اضطراب الهلع (الذعر) يحتاجون المساعدة للتحرر من المعتقد الزائف " الموت أو الجنون " والتغلب على التصاعد اللولبي لنوبة الهلع، وهو ما ساق إليَ فكرة كتابة هذا المؤلَف الذي بين يديك (وبالله التوفيق)، وقد ضمّنته التعرّف المفصل عن اضطراب الهلع وتفسيره، وطرق علاجه.

وأخيرا أسأل الله العلي القدير التوفيق فهو ولي ذلك والقادر عليه.

المؤلفة

د. وردة بلحسيني


القلق
هو إساءة استخدام خيالك

الفصل الأول

مدخل إلى اضطرابات القلق

1. تعريف القلق.
2. محكات تشخيص اضطرابات القلق.
1.2. حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل(DSM-IV-TR).
2.2. حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD- 10).

نوبة الهلع

1. تعريف نوبة الهلع.
2. مكونات نوبة الهلع.
3. المراحل التي تحدث من خلالها نوبة الهلع.
4. نموذج الإشراط الباطني لتطور نوبة الهلع.
4. محكات تشخيص نوبة الهلع.
1.4. معايير تشخيص نوبة الهلع وفق(IV–DSM).
2.4. العلاقة مع المعايير التشخيصية المحددة في (ICD–10).

رهاب الأماكن الواسعة (الأجورافوبيا)

1. تعريف رهاب الأماكن الواسعة.
2. معايير تشخيص رهاب الأماكن الواسعة.
1.2. معايير التشخيص حسب (DSM-IV).
2.2. العلاقة مع المعايير التشخيصية المحددة في (ICD–10).
3. الصورة الإكلينيكية لرهاب الأماكن الواسعة.

مدخل إلى اضطرابات القلق:

1. تعريف القلق:

> إن كل ما يتعرض له الشخص من ضغوط مصدره ذاته.
> سيفستيان كو

القلق شعور عام بالخشية، أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشدّة، أو خوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل المجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغا فيها لمواقف لا تمثل خطرا حقيقيا، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت تمثل خطرا ملحا ومواقف تصعب مواجهتها (أحمد عبد الخالق، 1994، 14).

و يتضمن القلق لدى ا لمريض عملية تفاعل بين أنساق الاهتمامات والمفاهيم وكذا الأنساق التخيلية و الفيزيولوجية والانفعالية، والسلوكية تتطور مع مرور الوقت، كما يتضح من الاستجابة المستمرة لبيئة تتغير بشكل ثابت. وقد عرّف أحمد عكاشة (2003) القلق بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل: الشعور "بالفراغ في فم المعدة" أو "السحبة في الصدر" أو "ضيق في التنفس" أو "الشعور بنبضات القلب" أو "الصداع"، أو "كثرة الحركة" ...الخ (أحمد عكاشة، 2003، 134).

وقد صاغت الجمعية الأمريكية للطب النفسي أكثر تعريفات القلق شيوعا فوصفته بأنه : " خوف أو توتر أو ضيق ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولا إلى درجة كبيرة، كما يعد مصدره كذلك غير واضح، ويصاحب كلا من القلق والخوف عدد من التغيرات الفيزيولوجية (A, P A, 1994 129).

2. محكات تشخيص اضطرابات القلق:

2.1. محكات تشخيص اضطرابات القلق حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR):

أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) الصادر عام (2000) عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) مجموعة اضطرابات القلق التي تتضمن الاضطرابات التالية:

1. نوبة الهلع.
2. الأجوارافوبيا (الخوف من الأماكن الواسعة).
3. اضطراب الهلع دون أجوارفوبيا.
4. اضطراب الهلع مع أجورافوبيا.
5. أجورافوبيا دون تاريخ من اضطراب الهلع.
6. الفوبيا المحددة.
7. الفوبيا الاجتماعية.
8. اضطراب الوسواس القهري.
9. اضطراب الضغوط التالية للصدمة.
10. اضطراب الضغوط الحاد.
11. اضطراب القلق العام.
12. اضطراب القلق الناتج عن حالة طبية عامة.
13. اضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد معينة.
14. اضطراب القلق غير معين على أي نحو آخر.

وحسب هذا التصنيف فإن اضطراب الهلع يعتبر اضطرابا يقع ضمن الفئة التشخيصية الكبرى التي تتضمن اضطرابات القلق.

2.2. محكات تشخيص اضطرابات القلق حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD- 10):

القلق يندرج في التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية (ICD-10) كالآتي:

اضطرابات القلق هي الاضطرابات العصابية والاضطرابات المتعلقة بالضغوط، والاضطرابات الجسمية المظهر، وقد وضعت هذه الاضطرابات معا في هذه المجموعة بسبب ارتباطها التاريخي بمفهوم العصاب.

وهذه المجموعة من الاضطرابات تقسم إلى الفئات السبع التالية:

1. اضطراب القلق الرهابي:

- رهاب الخلاء. (الأجورافوبيا)
- الرهاب الاجتماعي.
- الرهاب النوعي (المنعزل).

2. اضطرابات القلق الأخرى:

وتشمل أساسا الفئات الاضطرابية الآتية:

- اضطرابات الهلع والقلق النوابي الفجائي الشدّة.
- اضطراب القلق المعمم.
- اضطراب القلق والاكتئاب المختلط.
- اضطرابات القلق المختلفة الأخرى.
- اضطرابات القلق النوعية الأخرى.

- اضطراب الوسواس القهري:

ويشمل الأفكار والأفعال القهرية المسيطرة والطقوس الوسواسية.

- رد الفعل للضغوط الشديدة واضطرابات التوافق:

وتشمل أساسا الفئات الآتية:

- رد الفعل الحاد للضغوط.
- اضطراب الضغوط التالي للصدمة.
- اضطرابات التوافق: (رد الفعل الاكتئابي القصير، رد الفعل الاكتئابي الممتد، رد فعل القلق والاكتئاب المختلط، ومع اضطرابات انفعالية أخرى مسيطرة، ومع اضطراب سلوك مسيطر، ومع اضطراب انفعالات وسلوك مختلط، ومع أعراض مسيطرة أخرى محددة النوعية، وردود فعل أخرى للضغوط الشديدة).

- الاضطرابات التفككية (التحولية):

وتشمل الفئات التالية:

- فقدان الذاكرة التفككي أو (النساوه).
- الشرود التفككي.
- اضطرابات النفسية أو (الغشاوة) والتلبس.
- الذهول التفككي.
- التشنجات التفككية.
- الخذر التفككي والفقدان الحسي.
- الاضطرابات التفككية المختلطة.
- الاضطرابات التفككية الأخرى، كمثال:
  1. اضطراب الشخصية المتعدد.
  2. وغيرها من الاضطرابات.

- **الاضطرابات الجسمية المظهر:**

وتضم الفئات الآتية:

- اضطرابات الاستغراق الجسدي.
- الاضطراب الجسمي المظهر غير المميز.
- اضطراب توهم المرض.
- اختلال مظهر الجسم الوظيفي.

وتضم هذه الفئة:

رد الفعل الحاد للضغوط التالية للصدمة، واضطرابات التوافق (رد الفعل الاكتئابي القصير، رد الفعل الاكتئابي الممتد، رد فعل القلق والاكتئاب المختلط، مع اضطراب انفعالات أخرى مسيطرة، ومع اضطراب سلوك مسيطر، وردود فعل أخرى للضغوط الشديدة.

- الاضطرابات العصابية الأخرى:

وتضم الفئات الاضطرابية الأخرى:

- عصاب الوهن النفسي أو الإجهاد.

- زملة اختلال الآنية واختلال إدراك الواقع.
- اضطرابات عصابية نوعية أخرى (W.H.O, 1992).

نوبة الهلع:

1. تعريف نوبة الهلع:

تعتبر نوبة الهلع واحدة من مظاهر اضطرابات القلق، إنها تظهر على شكل نوبة قلق حادة مفاجئة وقصيرة المدة، تشعر المريض بخوف عارم (من الموت، أو الجنون)، وبمشاعر الخطر، وأعراض جسمية مزعجة.

> **ليس هناك شعور يسلب العقل قدرته على التصرف والتفكير مثل الخوف.**
> **إيدموند بيرك**

اعتبرت هيلين كنيرلي (Kennerley H ,2008) أن مصطلح نوبة الهلع يستخدم للإشارة إلى أحاسيس شديدة ومتسارعة تنم عن ردة فعل جسمية قوية بحيث يشعر المرضى أنهم غير قادرين على التنفس مع شعور ببعض الألم في الصدر، مع عدم القدرة على السيطرة. كما أن فرط التهوية يظهر في أغلب الحالات، ويعمل على تسارع الأعراض الجسمية المقلقة كالإحساس بالدوار والغثيان، والآلام العضلية وطنين الأذن (Kennerley H ,2008,50).

ونوبة الهلع نوبة حادة متكررة تأتي بصورة مفاجئة، تستمر لدقائق قليلة ثم تأخذ في الهدوء، وهناك عدة أعراض تصاحب هذه النوبة وهي:

- آلام في الصدر.
- تصبب للعرق.
- غثيان.
- شعور بالدوار.
- الاختناق أو الارتعاد.

كما يصاحب هذه النوبات مشاعر من الفزع المطبق، والاعتقاد بأنك على حالة الموت، وأنك واقع تحت تأثير نوبة من نوبات القلب، وأنك تفقد التحكم في نفسك، وأن ثمة مس من الجنون قد يصيبك (مارتن سيليجمان، 2004، 74).

ويعرف هوفمان(2012) نوبة الهلع بأنها حدوث شعور يتسم بالخوف الشديد أو عدم الراحة. أثناء هذه النوبات تظهر على المريض أربعة أعراض جسمية أو أكثر، وتصل إلى ذروتها في أقل من (10) دقائق، وتشمل على:

- سرعة دقات القلب أو الخفقان.
- العرق، الارتجاف، أو الرعشة.
- الشعور بعدم القدرة على التنفس أو الاختناق.
- ألم الصدر أو عدم الراحة.
- الغثيان، أو توتر البطن، أو شعور بالدوخة.
- الشعور بسلب الروح.
- الخوف من فقدان السيطرة.
- الخوف من الموت.
- عدد من أحاسيس الوخز.
- القشعريرة أو الفوران الساخن (هوفمان،2012، 87).

وقد تظهر نوبات الهلع في كثير من اضطرابات القلق (مثل اضطراب الهلع، المخاوف الاجتماعية، المخاوف البسيطة، اضطرابات ما بعد الصدمة). ولتحديد الدلالة التشخيصية الفارقة لنوبة الهلع، من المهم وضع الموقف الذي تظهر فيه نوبات الهلع في الاعتبار، وهناك نوعان من العلاقات النموذجية بين ظهور أول نوبة للهلع والمثيرات الموقفية:

- نوبات الهلع غير المتوقعة (لا توجد مؤشرات على أنها ستحدث) حيث لا ترتبط نوبة حدوث الهلع بمثيرات موقفية (بمعنى أنها تظهر بلا مقدمات)، وظهور نوبات الهلع غير المتوقعة من متطلبات تشخيص اضطراب الهلع.
- نوبات هلع متعلقة بالموقف (توجد مؤشرات حدوثها)، وحيث يظهر الهلع غالبا، وبنمط ثابت فور التعرض لمثير موقفي) أو توقعه. (مايكل كراسك و ديفيد بارلو،2002)

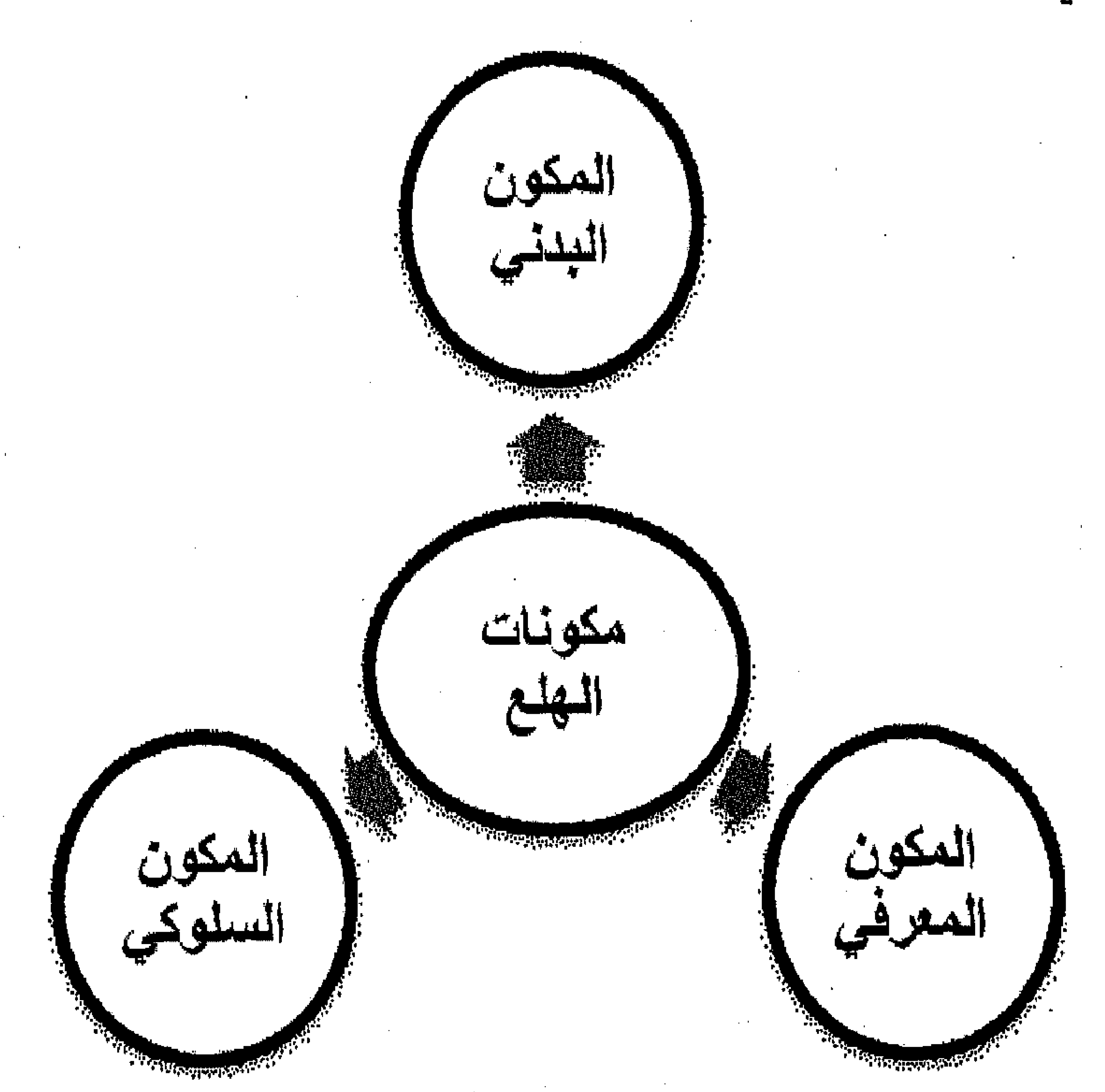
والتشخيص الفارق لنوبات الهلع معقد نتيجة لحقيقة عدم وجود علاقات حاسمة بين نوع النوبة الهلعية والتشخيص. مثال ذلك أنه على الرغم من أن تعريف اضطراب الهلع يتطلب أن تكون بعض نوبات الهلع غير متوقعة، إلا أن الأشخاص الذين تنطبق

عليهم محكات هذا الاضطراب كثيرا ما يتعرضون لنوبات مسبوقة بمؤشرات، وبالأخص في فترة متأخرة من الاضطراب.

والأكثر من ذلك أن هناك بعض مظاهر النوبات الهلعية لا تجاري أيا من نموذجي العلاقات المشار إليهما. وهذه النوبات الهلعية الموقفية أقرب للظهور عند التعرض للمثيرات الموقفية، ولكنها لا ترتبط بشكل ثابت بهذه المثيرات، يضاف إلى ذلك أن النوبات الهلعية لا تحدث بالضرورة فور التعرض للمثير، وهناك دلائل على أن نوبات الهلع الموقفية متكررة بشكل خاص في اضطراب الهلع، ولكنها قد تظهر في بعض الأوقات في أنواع معينة من المخاوف أو المخاوف الاجتماعية (مايكل كراسك، ديفيد بارلو،2002).

2. مكونات نوبة الهلع:

حدد مارتن أنطوني وراندي ماك كاب (2008) ثلاث مكونات للهلع، كما هي مبينة في الشكل الموالي:



الشكل رقم (1) يبين مكونات الهلع

1.2. المكون البدني:

إن المكون البـدنـي للهلع مكون جلي، فـعندمـا يفكّر الناس في نوبات الذعـر، فـهم يفكّرون في الأحاسيس الجسدية القوية التي يعانون منها، ومن غير المدهش أنّ عددا كبيرا من الأشخاص الذين يصابون بنوبات الذعر يقصدون وحدة الطوارئ أو عيادة الطبيب في نهاية المطاف بسبب اقتناعهم بأنهم يعانون من خطب رهيب. ويشمل المكون البدني كل الأعراض التي تصيب الجسم عندما يشعر بالذعر كما تم ذكره آنفا.

2.2. المكون المعرفي:

يشمل كل الأفكار التي تخطر بالذهن عند الشعور بالقلق، وقد تتخذ الأفكار شكل تكهنات بخصوص أمور سيئة قد تحصل (مثل فقدان السيطرة، أو الإصابة بالذعر)، أو معتقدات حول قدرتك وعجزك عن التكيف مع ظرف ما أو توقعات بشأن نتيجة ظرف ما، أو صور ذهنية لعواقب كارثية (مثل تخيّل نفسك وأنت تخرج راكضا من غرفة مكتظة أو أن تصاب بالإغماء خلال اجتماع في مقر العمل).

وفيما يلي بعض الأمثلة حول بعض المعتقدات الشائعة المتعلقة بالذعر:

- إذا أصبت بالذعر، سوف يغمى عليّ.
- ما لم أخرج من هنا، سوف يصيبني القلق بالجنون.
- لن أكون قادرا على التكيف إذا حاولت بمفردي.
- قد يلازمني هذا الذعر إلى الأبد.
- لن أشعر بأنني طبيعي من جديد.
- القلق يعني أنني ضعيف.
- سوف يلاحظ الناس أنني قلق.

3.2. المكون السلوكي:

يشمل هذا المكون ما تفعله عندما تشعر بالذعر وما تفعله لتجنب الشعور بالذعر. وتشمل ردود الفعل السلوكية المألوفة الهروب من ظرف معين (مثلا ترك عربة التسوق

المملوءة ومغادرة السوبرماركت بسبب نوبة ذعر)، أو تجنب الظرف ككل (مثل الذهاب للتبضع فقط عندما تكون برفقة شخص تشعر معه بالراحة، أو إلغاء بعض المشاريع لأنك تشعر بالتوعك). وثمة مجموعة واسعة من ردود الفعل السلوكية الأخرى التي يعاني منها الناس عندما يشعرون بالقلق.

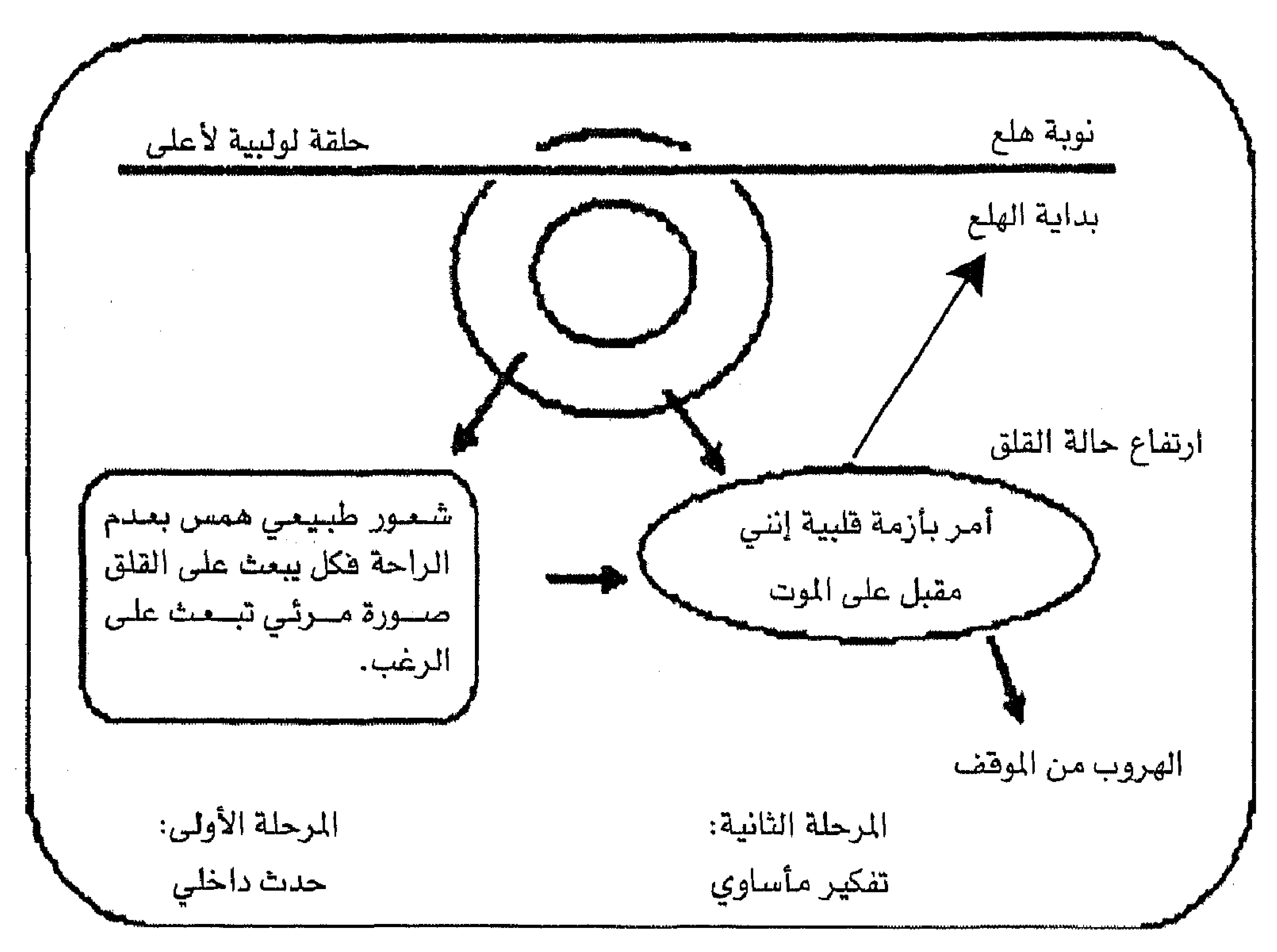
واليك بعض الأمثلة على ذلك:

- **الالتهاء:** (مثلا تبادل أطراف الحديث خلال الانتظار في صفّ، أو التفكير في أغنية لتجنب التفكير في ما يقلقك، أو تشغيل المذياع خلال القيادة لئلا تضطر إلى التركيز على ما تشعر به).
- **حمل أشياء معينة** (مثل الدواء أو الهاتف الخلوي أو الحقيبة أو الماء) لكي تشعر بالأمان.
- **الجلوس على مقعد الممشى في صالة السينما** أو في آخر المسرح لكي تتمكن من الهروب بسهولة أكبر إذا أصبت بنوبة ذعر.
- **استخدام الكحول** أو مواد مخدرة أخرى للسيطرة على القلق.

يؤكد **مايكل كراسك وديفيد بارلو** (2002) الفرق في هذه المكونات بين القلق العام والهلع، حيث أن المكون المعرفي في القلق العام يمكن أن يتضمن قلقا من أحداث المستقبل، بينما قد يتضمن المكون المعرفي في الهلع قلقا حول الخطر المحدق، وقد يتضمن المكون السلوكي في القلق العام اهتياجا وعصبية، بينما قد يتضمن المكون السلوكي في الهلع هربا أو تجنبا، وقد يتضمن المكون الفيسيولوجي في القلق العام توترا عضليا، بينما المكون الفيسيولوجي في الهلع تسارع ضربات القلب (مايكل كراسك وديفيد بارلو،2002، 55).

3. المراحل التي تحدث من خلالها نوبة الهلع:

لفهم نوبة الهلع، يجب أن نفهم الخطوات التي تتشكل من خلالها تلك النوبة، وغالبا ما يشار إلى هذا النموذج بدائرة الذعر، والشكل رقم (2) يوضح بشيء من التلخيص خطوات أو مراحل هذه الدائرة:



الشكل رقم (2) يمثل دائرة حدوث نوبة الهلع نقلا عن (دينيس بيكفيلد 2004)

في المرحلة الأولى يتعرض الشخص للحدث الداخلي، حيث يشعر ببعض التغير في الأحاسيس الطبيعية مثل " خفقان " القلب، أو الإحساس بالدفء، ولكن قد لا يكون هذا شعورا فعليا بالقلق، أو صورة مرئية مزعجة، أو مجرد إحساس ضعيف بالقلق.

وهذا يؤدي في الحال إلى المرحلة الثانية و التي يعاني فيها الشخص من الفكر المأساوي، إذ يبدأ في محاورة نفسه فورا.

- " أوه، لا، ماذا لو أصابتني أزمة قلبية ! " أو
- " ماذا لو وافتني المنية " أو
- " ماذا لو احتجت إلى مساعدة؟ فأنا وحيد في هذا المكان! أو
- " ماذا لو فقدت السيطرة على السيارة! " أو
- ماذا لو أصبت بالجنون! "

أو أي أفكار أخرى عن الكارثة التي أوشكت على الوقوع، فكل شخص له أفكاره الخاصة التي تطفو على السطح.

والآن ما الذي تؤدي إليه هذه المرحلة؟ بالطبع ستبدأ حالة من القلق تبعا لعبارة " ماذا لو...".

وتتوالى حلقات لولبية أخرى بعد ذلك، وعلى الرغم من حدوثها بسرعة وبطريقة آلية، فإنه ولسوء الحظ يتم إدراكها: فالطريقة المأساوية التي يفكر بها الشخص في المرحلة الثانية تزيد من الأعراض الطبيعية بصورة درامية، وهذه الأعراض المتزايدة تتمخض عنها أفكار مأساوية أكبر، والتي بدورها تتسبب في حدوث أعراض أخرى وهكذا.

وفي غضون عشر دقائق أو أقل تصل حالة القلق إلى مرحلة قد تجعل الشخص عرضة لنوبة ذعر مكتملة، وحتى إذا تخلص من الموقف وشعر ببعض الارتياح المؤقت من القلق، ولكن يراوده شعور أكبر لعودة الحالة مرة ثانية(دينيس بيكفيلد،2004).

4. نموذج الإشراط الباطني لتطور نوبة الهلع:

اقترح شيهان (Sheehan,1982) مفهوم بيونفسي (Biopsychologique) طولي لنوبات الهلع التي تتطور حسب (6) مراحل:

- وجود نواة للاستهداف البيولوجي التي تكون حساسة لظهور نوبة هلع والتي سوف تبرز فجأة دون وجود ارتباط محدد مع مثير مفجر خارجي.
- نوبة الهلع تصبح تمثل مثير غير شرطي، الذي سوف يرتبط بشكل غير متوقع بأول موقف حدثت فيه. هذه الأخيرة تصبح وضعية "خواف" والفرد يطور فوبيا موقفية (Phobie circonscrite).
- تكرار نوبة الهلع في أماكن مختلفة سوف يؤدي إلى تعميم المواقف المخيفة.
- مظاهر الإشراط الباطني سوف تضيف: الشخص الذي حدثت له زيادة في ضربات القلب خلال نوبة الهلع سوف يدرك أي زيادة في نبضات القلب كبداية لنوبة هلع جديدة، هذا التفسير سوف يحدث نوبة هلع جديدة.
- يتم التجنب شيئا فشيئا لعدد كبير من الوضعيات، حتى لا يشعر بنواتج مواجهة هذه المواقف (إشراط إجرائي عن طريق الدعم السلبي)، إنها مرحلة المخاوف المتعددة وتجنب الاتصال الاجتماعي، خوفا من ظهور نوبة هلع أمام الجمهور.
- التطور يكون باتجاه توهم المرض، الاكتئاب، تعاطي الكحول بحثا عن تخفيض القلق والاكتئاب، وبعد ذلك تظهر التعقيدات الاجتماعية والزواجية (Cottrausc J,) .(2001,39

4. محكات تشخيص نوبة الهلع:

عندما نتحدث عن تشخيص اضطراب الهلع فلابد من الوقوف أولا على مفهومين أساسيين وهما نوبة الهلع والخوف من الأماكن الواسعة (أجورافوبيا)، وتحديد المعايير التشخيصية لكل منهما على حدا.

لقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل معايير تشخيصية لكل من نوبات الهلع ورهاب الأماكن المفتوحة (الأجورافوبيا) بالرغم من أنهما لا يملكان رموزا تشخيصية خاصة بهما كل على حدا، ولا يمكن تشخيص أي منهما ككيان مرضي قائم بذاته، سندرج فيما يلي المعايير التشخيصية لكل من نوبة الهلع والأجورافوبيا.

1.4. معايير تشخيص نوبة الهلع وفق(IV-DSM):

نوبة الهلع فترة غير متصلة من الخوف الشديد أو عدم الراحة تحدث فيها على الأقل أربع من الأعراض المفاجئة الآتية و خلال نوبة فزع واحدة على الأقل و تصل إلى قوتها في خلال 10 دقائق و الأعراض هي:

1. زيادة في ضربات دقات القلب.
2. تعرق (أو زيادة في إفراز العرق).
3. ارتعاد أو ارتعاش.
4. إحساس بضيق في التنفس أو انقطاعه.
5. الشعور بالصدمة.
6. ألم في الصدر أو عدم الراحة.
7. قيئ أو آلام في البطن.
8. الشعور بالدوار و عدم الثبات و خفة الرأس أو الإغماء.
9. عدم الواقعية أو الانفصال عن الواقع.
10. الخوف من فقدان التحكم في النفس مما يؤدي إلى إمكانية الإصابة بالجنون
11. الخوف من الموت.
12. الإحساس بالخدر أو الوخز في أماكن متعددة من الجسم.
13. الإحساس بالقشعريرة (أو اندفاع الدم الحار) (Boulenger J,2009,495)

ملاحظة:

ليست نوبة الهلع اضطرابا يمكن ترميزه و إنما عليك أن ترمز التشخيص المحدد الذي تحدث فيه نوبة الهلع. مثال: 300.01 اضطراب الهلع غير المصاحب لأجورافوبيا (DSM- IV,1994).

2.4. العلاقة مع المعايير التشخيصية المحددة في (ICD-10):

المقاييس التشخيصية المعتمدة على التصنيف الدولي (ICD–10) لنوبة الهلع تعتبر مماثلة للمعايير الموصوفة في (DSM–IV) فيما عدا كون (ICD–10) ضمّن بندا إضافيا، هو جفاف الفم، حيث أن (ICD–10) على النقيض من (DSM–IV) يؤكد على وجود أعراض تتضمن التعرق، ارتعاد أو جفاف الفم، وكذلك بخلاف (DSM-IV) الذي عرّف اضطراب الهلع بأنه يضم نوبات هلع متكررة، ودالة إكلينيكيا، فإن المعايير التشخيصية لـ: (ICD-10) تفرض وجود على الأقل (4) نوبات هلع خلال (4) أسابيع، ويستبعد اضطراب الهلع إذا كانت نوبات الهلع تعود إلى فصام أو اضطراب مزاجي.

رهاب الأماكن الواسعة (الأجورافوبيا):

1. تعريف رهاب الأماكن الواسعة (الأجورافوبيا):

الأجورافوبيا هي كلمة إغريقية تعني الخوف من أماكن التسوق والخوف من البقاء في أماكن مفتوحة، ومزدحمة، وتعني بصورة أدق" الخوف من الأماكن العامة" (Edelmann,1992).

كما يذكر ريشمان (Rachman,1998) أن السمات البارزة للخوف من الأماكن المتسعة هي الخوف، وتجنب الأماكن العامة، والخوف من السفر وبخاصة عبر وسائل المواصلات العامة. وتقترن هذه السمات أحيانا بخوف الشخص من البقاء وحيدا حتى في المنزل.

ويمر المريض بأربعة مراحل تقوده إلى الخوف من الأماكن الواسعة:

1. ظهور أول نوبة حادة من القلق والتي تسمى نوبة الهلع.
2. تكرار نوبة الهلع في مواضع مختلفة (الشارع، السنما ...)، حيث تصبح هذه الأماكن مواقف مخيفة، والخوف من الأماكن الواسعة يتطور.

3. ظهور الأعراض الجسمية التي يتم تفسيرها كبداية لنوبة هلع: المريض يظهر استجابة الخوف بشكل نسقي.

4. لكي يحمي المريض نفسه من الخوف ومن نوبة الهلع يقوم بتجنب شيئا فشيئا الوضعيات فيقوم باستخدام أساليب مواجهة مختلفة مثل (الكحول، التوثين....) (Véra L, Mirabel-Sarron C,2002).

وحسب آرون بيك (2000) فإنه حين تستخبر مريض الأجورافوبيا تجده في أمثل الأحوال يعرب عن خوف من كارثة ما سوف تحيق به وهو بعيد عن مأمن بيته، وحيث لا أحد يسرع لمساعدته. وبالتالي فهو يرتاح لوجود شخص ما يراه قادرا على تقديم العون له إذا ما أصابته أزمة جسمية حادة إنه بصفة عامة يزداد خوفا كلما ابتعد عن مصدر معين للمساعدة الطبية. ويعرب بعض المرضى عن خوفهم من الوحدة الشديدة، وخوفهم من أن يتوهوا، وكأن وجودهم في مكان غريب بمفردهم قد يفصلهم عن أصدقائهم وأسرتهم إلى الأبد.

وهناك مرضى يخافون من الشوارع المكتظة بالغرباء، لأنهم يخشون أن يفقدوا سيطرتهم على أنفسهم فيتعرضوا للمهانة الاجتماعية. فقد يخشى المريض أن يغمى عليه أو أن يشرع في الصياح الجنوني أو يتغوط دون إرادة فيكون في موضع سخرية. الخوف من السيطرة إذا متصل بالخوف من الرفض الاجتماعي وممتزج به (آرون بيك،2000، 183).

فالأجورافوبي هي تجنب المواقف المفزعة أو البقاء فيها تحت وطأة الهلع، حيث يكون الهرب منها صعبا أو يكون طلب النجدة فيها غير متاح في حالة حدوث نوبة الهلع، أو حالة تزايد الأعراض المحرجة، والتي لا يمكن احتمالها، مثل فقدان التحكم في الأمعاء (التبرز) أو القيء.

وتتضمن مواقف خواف الأماكن المفتوحة النمطية، الخوف من الذهاب إلى المراكز التجارية للتسوق، الانتظار في صف، الذهاب إلى المسارح، السفر بسيارة أو حافلة، دخول مطعم مزدحم، والبقاء منفردا في مكان ما، ويتم تقدير التجنب في مخاوف الأماكن المفتوحة باعتباره عجزا في الأداء، ويتراوح بين عجز بسيط ومتوسط وحاد.

2. معايير تشخيص رهاب الأماكن الواسعة:

1.2. معايير التشخيص حسب (DSM-IV):

ملاحظة:

الأجوراوفوبيا ليست اضطرابا يمكن ترميزه، وإنما عليك أن ترمز الاضطراب المحدد الذي تحدث فيه الأجورافوبي مثل (21.300) اضطراب هلع مع أجورافوبي أو (22.300) أجورافوبي بدون تاريخ مرضي لاضطراب الهلع.

أ- الخوف من الأماكن أو المواقف التي قد يكون الهروب منها صعبا (أو محرجا) أو قد لا تتوافر فيها الإغاثة في حالة الإصابة بنوبة هلع (أو أعراض شبيهة بالهلع) غير متوقعة أو نوبة هلع يبعث عليها الموقف.

تشتمل المخاوف الرهابية في الأجورافوبيا على مواقف مميزة تتضمن وجود الشخص بمفرده خارج البيت أو في تجمع أو وقوفه في صف أو وجوده على جسر أو السفر في حافلة أو قطار أو سيارة.

ب-يقوم الشخص بتجنب هذه المواقف (كأن يقلل من *سفره*)، وإلا فإنه يطيقها بعناء شديد أو قلق من الإصابة بنوبة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع، أو يتطلب وجود مرافق معه في الموقف.

ج- لا يمكن تعليل القلق أو التجنب الرهابي تعليلا أفضل على أنه اضطراب نفسي آخر مثل الرهاب الاجتماعي (كأن يكون التجنب مقصورا على المواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الإحراج) أو الرهاب المحدد (كأن يكون التجنب مقصورا على موقف وحيد مثل ركوب المصاعد)، أو اضطراب الوسواس القهري (مثل تجنب القذر لدى شخص يعاني من وسواس خاص بالتلوث)، أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة (مثل تجنب المثيرات المرتبطة بضاغط نفسي شديد)، أو اضطراب قلق الانفصال (مثل تجنب مغادرة المنزل أو الأقارب).

2.2. العلاقة مع المعايير التشخيصية المحددة في (ICD 10):

أما فيما يخص الأجورافوبيا فإن معايير تشخيص (ICD-10) مختلفة بشكل ملحوظ عن معايير (DSM-IV)، حيث أن الأول يشترط وجود الخوف أو تجنب اثنان على الأقل من الوضعيات التالية:

- التجمعات.
- الأماكن العامة.
- التنقل دون مرافق.
- التنقل خارج المنزل.

كما يشترط أنّه اثنان على الأقل من أعراض القلق الأربعة عشرة تظهر بطريقة فجائية، وبشكل حصري أو مسيطر في المواقف المريبة، أو عند مجرد التفكير في هذه المواقف (A P A ,2003 505).

3. الصورة الإكلينيكية لرهاب الأماكن الواسعة:

نموذج حالة:

علي رجل في (32) من عمره يحمل شهادة مهندس، بدأ لتوه العمل في شركة إنتاج بترولي، وهو مقبل على الزواج بعد عدة أشهر.

تمثلت معاناة علي بشكل أساسي في حالة الخوف التي تنتابه بشدة عند مغادرة المنزل منفردا، وقد كان العرض الأساسي الذي يخيفه بشدة، هو خوفه من أن يشعر بتخذر الرجلين " رجليَ نحس بيهم تحشو " مع شعور بالإغماء "خايف نطيح برى"، فكان يضطر إلى حمل هاتفه النقال، وتحذير أخوه الأصغر منه من أن يغلق هاتفه، حيث إذا طلبه يجده، كما أنه يضطر بشكل كبير إلى عدم مغادرة المنزل بعيدا إلا نادرا وأخذ الاحتياطات المناسبة، وكان يضطر إلى عدم المشي في الأزقة الضيقة القريبة من بيئتهم (رغم أنها الأقرب)، ويمشي في الشوارع الأوسع حتى يتمكن من الحصول على النجدة في حالة مداهمة نوبة ذعر له.

إن هذه الحالة جعلت علي يتجنب مجموعة من النشاطات فقد توقف عن الذهاب لصلاة الفجر في المسجد خوفا من أن تداهمه الحالة، وهو وحيدا في الظلام، كما توقف عن الذهاب إلى السوق الأسبوعي خوفا من حالته أن تحرجه أمام الناس، كما أن ذهابه للعمل أصبح يمثل بالنسبة له صعوبة كبيرة فهو يذهب برفقة أخوه الأصغر أو مع زميل له يعرفه منذ الطفولة، وإذا داهمته النوبة في العمل كان يطلب أخوه في الهاتف

ليحضر له سيارة أجرة ليغادر في هدوء إلى المنزل، وهكذا تحولت حياة علي إلى تجنب ظاهر في نواح عديدة في حياته. وتضمنت تصرفاته تهربا متكررا فتقلصت علاقاته الاجتماعية فأثر ذلك بشكل واضح على حياته الشخصية وصداقاته.

> **العقبات التي تكون من صنع خيالنا يكون من الصعب التغلب عليها أكثر من العقبات الحقيقية، والخوف يمكن أن يخلق المزيد من العقبات الخيالية أكثر مما يستطيع الجهل ذلك.**
>
> **باربرا شير**


الخوف له عينان واسعتان
مثل روسي

الفصل الثاني

اضطراب الهلع

1. مفهوم وطبيعة اضطراب الهلع.
2. حدوث اضطراب الهلع.
3. محكات تشخيص اضطراب الهلع.
   1.3. اضطراب الهلع غير المصاحب بأجورافوبيا (300.01).
   2.3. اضطراب الهلع المصاحب بأجورافوبيا(300.21).
   3.3. أجورافوبيا بدون تاريخ مرضي لاضطراب هلع (300.22).
4. التشخيص الفارقي.
   1.4. التمييز عن الفوبيا المحددة.
   2.4. التمييز عن الرهاب الاجتماعي.
5. الاضطرابات المصاحبة.
   1.5. العلاقة مع اضطرابات القلق.
   2.5. العلاقة مع تعاطي الكحول و المخدرات.
   3.5. العلاقة مع إضطرابات المزاج.
6. العوامل المهيئة للإصابة باضطراب الهلع.
7. الأشخاص المهيئين للإصابة باضطراب الهلع.
8. معدلات انتشار اضطراب الهلع.
9. معدلات انتشار الأجورافوبيا .
10. التطور والمآل.
11. الهلع لدى الأطفال والمراهقين.

1. مفهوم وطبيعة اضطراب الهلع:

يتبدى اضطراب الهلع في صورة مخاوف شديدة تصل إلى درجة الرعب (الذعر) تظهر بشكل مفاجئ تؤججها أعراض فيزيولوجية متسارعة، تغذيها إحساسات مفزعة بفقد السيطرة أو الخوف من الموت، ثم تتبدد وتنتهي في غضون عدة دقائق، تاركة وراءها خوفا وقلقا متزايدا من إمكانية تكرار هذه الحالة بأعراضها المفاجئة، وهي الحالة التي ينجم عنها انسحاب وتجنب للمواقف أو الأماكن التي يعتقد المريض أنها تبعث على ظهور هذه الأعراض، مما يؤدي به إلى حالة عجز واضح في الأداء الوظيفي الاجتماعي المهني.

> كثيرا ما نقول لأنفسنا أكاذيب و أنصاف حقائق... وتجدنا ننصت لهذه الأصوات الداخلية، ونتأثر بها إلى أن تتحول إلى قضاة يؤرقون حياتنا، ونعطي كل واحد من هؤلاء القضاة مقعدا شرفيا داخل عقولنا، ونظل طوال انتقاداتهم وأحكامهم التي لا تنتهي، ونسمح لهؤلاء القضاة أن يصاحبونا في كل رحلة من رحلات حياتنا دون أن ندرك أنه بإمكاننا أن نتركهم ولو بشكل مؤقت على الأقل.
>
> إيلويس ريستاد

ولقد عرّف **عبد المنعم الميلادي** اضطراب الهلع بأنه نوبات متكررة من القلق الحاد والشديد يشعر فيها الإنسان أنه على شفا الموت أو يكاد أن يفقد عقله ويصاب بالجنون، و أنه قد يفقد السيطرة على نفسه، تستمر هذه النوبة أقل من ساعة و تكون غير متوقعة ، فهي تحدث فجأة ثم تبدأ في التحسن تدريجيا وتختفي ، و قد يصاب بها الشخص عدة مرات كل أسبوع دون أن يكون لها سبب عضوي (عبد المنعم الميلادي، 2004، 105).

ويعني الحدوث المفاجئ – عامة – أن الهلع سوف يبلغ ذروته خلال عشر دقائق، برغم أن بارلو وزملاءه (1994) يرون أن محك الخمس دقائق قد يكون أفضل في إظهار الطبيعة الحقيقية لاستجابة الإنذار في الهلع. ويعد التحديد الواضح لفجائية النوبة ضروريا لتمييز الهلع عن حالات القلق الأخرى (ماري آن ميركر، 2006، 155).

أما **مارتن أنطوني وراندي ماك كاب** (2008) فقد عرّفا اضطراب الهلع بأنه حالة قلق يتعرض خلالها الأفراد إلى نوبات ذعر على حين غرّة، من دون أي حافز أو سبب جليّ. وفي بعض الحالات تكون النوبات متقطعة نسبيا (ربما مرة كل بضعة شهور)، ولكن قد تحدث أيضا عدة مرات في اليوم. وبالإضافة إلى ذلك، يخاف الأشخاص

المصابون بالاضطراب الهلعي من نوباتهم، ويقلقون بشأن موعد النوبة التالية، وبشأن العواقب المحتملة للنوبات (مثل احتمال الموت أو فقدان السيطرة أو الإصابة بالجنون، أو التقيؤ أو الإصابة بالإسهال أو الإغماء). كما أنهم يغيّرون سلوكهم لكي يتكيفوا مع النوبات أو لكي يحولوا دون حدوثها. ويعد تطور الميل إلى تجنب رهاب الساحات (كتعريف موجز) من التغيرات السلوكية الأكثر انتشارا خلال الاضطراب الهلعي، الذي قد يشمل أيضا أنواعا أخرى من التغيرات السلوكية، مثل:

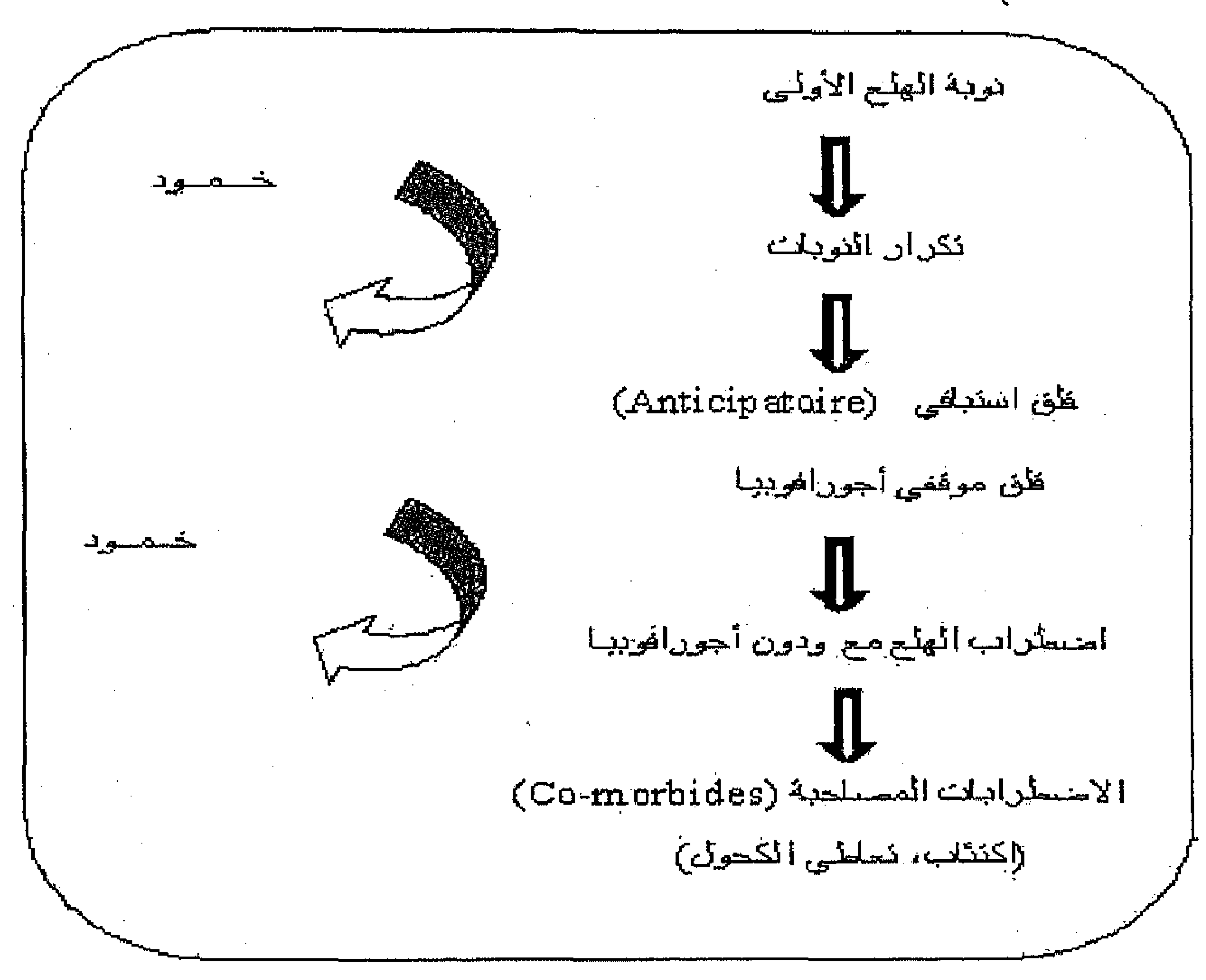
- حمل الأدوية أو المال أو الهاتف الخلوي أو أي جهاز النداء أو الماء أو أدوات السلامة الأخرى.
- تجنب بعض النشاطات (مثل التمارين الرياضية والجماع) التي تحفز أعراضا شبيهة بأعراض الذعر أو الإثارة الجسدية.
- الإصرار على اصطحاب رفيق عند مغادرة البيت.
- احتساء الكحول لمقاومة الإحساس بالخوف.
- تجنّب الكافيين أو الكحول أو مواد أخرى.
- فحص النبض أو ضغط الدم غالبا.
- الالتهاء عن الأعراض (مثلا بقراءة كتاب أثناء الانتقال في قطار أو حافلة).
- الحاجة الدائمة إلى معرفة مكان الزوج/الزوجة.
- الجلوس قرب أقرب مخرج في صالة السينما أو المطعم. (مارتن أنطوني وراندي ماك كاب، 2008، 14).

وبالنظر إلى التعريفات السابقة نجد أن الخوف عادة في اضطراب الهلع يكون من حدوث النوبة أي من احتمال الإصابة مرة أخرى بنفس الحالة، وليس الخوف من الموقف أو الشيء في حد ذاته. حتى في حالة الهلع المصاحب بالأجورافوبيا فإن المريض لا يخاف من الموقف الذي سبق وأن أصيب فيه بالنوبة، ولكن يخاف من معاودة النوبة في حد ذاتها، وهو الأمر الذي يترك وراءه انشغالا شديدا بإمكانية تكرار النوبة.

هذا ما أكدته فوقية رضوان بأنه نوبات هلعية تتميز بأنها متكررة الحدوث غير متوقعة وغير ناتجة عن حالة طبية عامة أو استخدام مادة معينة، و تكون متبوعة بفترة من الضغط النفسي والاعتلال الوظيفي. وعادة ما تستمر النوبات الهلعية لمدة تتراوح بين خمسة أو عشر دقائق، و تتضمن خوف شديد أو عدم الشعور بالراحة بالإضافة إلى وجود أعراض جسدية (فوقية رضوان، 2004، 224).

2. حدوث اضطراب الهلع:

تظهر نوبة الهلع الأولى وتستثار نتيجة تغير طفيف في الحالة الجسمية، حيث تبدو كأنها حدثت دون مقدمات، مما يسبب توجسا وانتظارا. ويؤدي تكرار النوبات إلى قلق مزمن وقلق مرتبط بالموقف (أجورافوبيا) والذي يؤدي بدوره إلى تقييد الشخص داخل اضطراب الهلع مع أو بدون أجورافوبيا، مضافا إليه سلسلة من الاضطرابات المرافقة، وفقدان للوظيفة واختلالات أسرية. والشكل الموالي يوضح تطور نوبة الهلع حسب (M,2011 Delbrouck):



الشكل رقم (3) تطور نوبات الهلع نقلا عن (Delbrouck M,2011,164)

3. محكات تشخيص اضطراب الهلع:

نظرا لأن اضطراب الهلع ظهر كفئة تشخيصية جديدة في الطبعة الثالثة من دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي المسمى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (1980) III-DSM، فإن محكاته تغيرت كي تعكس معرفتنا المتزايدة بملامحه الرئيسية. وكان يعرف أساسا بأنه ثلاث نوبات هلع على الأقل خلال ثلاثة أسابيع، كل منها يتميز بفترة متقطعة من الخوف أو الرهبة، ويتوفر فيها على الأقل أربعة أعراض من بين اثني عشر عرضا. أما الطبعة الثالثة المعدلة (1987) R -III-DSM من الدليل

المذكور فقد اشترطت حدوث أربع نوبات خلال أربعة أسابيع، وأربعة أعراض من ثلاثة عشر عرضا، وحددت هذه النوبات بأنها يجب أن تكون غير متوقعة وتحدث بشكل مفاجئ.

ويعني الحدوث المفاجئ - عامة - أن الهلع سوف يبلغ ذروته خلال عشر دقائق، برغم أن بارلو وزملاءه (1994) يرون أن محك الخمس دقائق قد يكون أفضل في إظهار الطبيعة الحقيقية لاستجابة الإنذار في الهلع. ويعد التحديد الواضح لفجائية النوبة ضروريا لتمييز الهلع عن حالات القلق الأخرى (ماري آن ميركر، 2006، 155).

1.3. اضطراب الهلع غير المصاحب بأجورافوبيا (01.300):

أ- توافر كل من (1) و (2):

1- تكرار حدوث نوبات هلع غير متوقعة.

2- هناك واحدة على الأقل من هذه النوبات قد حدثت على مدار شهر (أو أكثر) تتسم بواحد (أو أكثر) من الأعراض التالية:

أ- قلق مستمر من حدوث نوبات جديدة.

ب- قلق من متضمنات النوبة أو عواقبها (مثل: فقدان السيطرة على النفس، الإصابة بنوبة قلبية، الإصابة بالجنون).

ج- تغير كبير في السلوك متعلق بالنوبات.

د- عدم وجود أجورافوبيا.

ه- نوبات الهلع الحادثة ليست ناتجة عن التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإحدى المواد (مثل: عقار إدماني، دواء)، أو عن مرض جسمي عام (مثل: زيادة نشاط الغدة الدرقية).

و- لا يمكن تعليل نوبات الهلع تعليلا أفضل بوصفها اضطرابا نفسيا آخر مثل الرهاب الاجتماعي (كأن يكون حدوثها مقترنا بالتعرض لمواقف اجتماعية مرهوبة)، أو الرهاب المحدد (كأن تحدث عند التعرض لموقف رهابي محدد)، أن اضطراب الوسواس القهري (كأن تحدث عند التعرض للقذر لدى شخص يعاني وسواس خاص بالتلوث)، أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة (كأن، تحدث استجابة لمثيرات مرتبطة بضاغط نفسي شديد)، أو اضطراب قلق الانفصال (كأن تحدث استجابة للبعد عن البيت أو الأهل الأقربين).

2.3. اضطراب الهلع المصاحب بأجورافوبيا(21.300):

أ- توافر كل من (1) و (2):

1- تكرار حدوث نوبات هلع غير متوقعة.

2- هناك واحدة على الأقل من هذه النوبات قد حدثت على مدار شهر (أو أكثر) تتسم بواحد (أو أكثر) من الأعراض التالية:

أ- قلق مستمر من حدوث نوبات جديدة.

ب- قلق من متضمنات النوبة أو عواقبها (مثل: فقدان السيطرة على النفس، الإصابة بنوبة قلبية، الإصابة بالجنون).

ج- تغير كبير في السلوك متعلق بالنوبات.

د- لا يمكن تعليل نوبات الهلع تعليلا أفضل بوصفها اضطرابا نفسيا آخر مثل الرهاب الاجتماعي (كأن يكون حدوثها مقترنا بالتعرض لمواقف اجتماعية مرهوبة)، أو الرهاب المحدد (كأن تحدث عند التعرض لموقف رهابي محدد)، أن اضطراب الوسواس القهري (كأن تحدث عند التعرض للقذر لدى شخص يعاني وسواس خاص بالتلوث)، أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة (كأن، تحدث استجابة لمثيرات مرتبطة بضاغط نفسي شديد)، أو اضطراب قلق الانفصال (كأن تحدث استجابة للبعد عن البيت أو الأهل الأقربين).

هـ- وجود أجورافوبيا.

و- نوبات الهلع الحادثة ليست ناتجة عن التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإحدى المواد (مثل: عقار إدماني، دواء)، أو عن مرض جسمي عام (مثل: زيادة نشاط الغدة الدرقية).

3.3. أجورافوبيا بدون تاريخ مرضي لاضطراب هلع (22.300):

أ- وجود أجورافوبيا متعلقة بالخوف من الإصابة بأعراض شبيهة بأعراض الهلع (مثل: الدوخة أو الإسهال).

ب- لم تتوافر مواصفات اضطراب الهلع على الإطلاق.

ج- ليس الاضطراب نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإحدى الموارد (مثل: عقار إدماني، دواء) أو لمرض جسمي عام.

د- في حالة وجود مرض جسمي عام مصاحب، فإن الخوف المذكور في المعيار (أ) زائد بشكل واضح عما هو معتاد في هذا المرض.

4. التشخيص الفارقي:

يرى هوفمان (2012) في الدليل الإحصائي هناك ارتباط بين اضطراب الهلع والخوف المرضي من الأماكن الواسعة، على الرغم من وجود خلاف معاصر عما إذا كان من الممكن معالجتها كاضطرابين منفصلين تماما في الإصدارات المستقبلية للدليل الإحصائي.

إذ أن ما يقارب من ثلث إلى نصف الأفراد ذوي اضطراب الهلع لديهم أيضا المخاوف المرضية من الأماكن الواسعة، كما أن معدل كبير من المخاوف المرضية من الأماكن الواسعة توجد لدى مرضى العيادات. مما يدل أنهم قد يسعون في طلب المساعدة من المختصين بشكل أكثر من مرضى اضطراب الهلع دون المخاوف المرضية من الأماكن الواسعة.

كما يجب التمييز بين اضطراب الهلع المصحوب بالمخاوف المرضية من الأماكن الواسعة أو غير المصحوبة بها عن اضطرابات القلق الأخرى التي تكون فيها نوبات الهلع مظهرا مصاحبا، وتحديدا:

4.1. التمييز عن الفوبيا المحددة:

يمكن أن يكون صعبا في حالات معينة. فالأفراد ذوو الفوبيا (المخاوف المرضية) المحددة، والمرضى ذوو اضطراب الهلع المصحوب بالمخاوف المرضية من الأماكن الواسعة يمكن أن يخافوا من نفس الموقف لأسباب مختلفة (بالنسبة للسفر جوا، يخاف الأفراد ذوو اضطراب الهلع من حدوث نوبات الهلع في حين يخاف الأفراد ذوو المخاوف المرضية الخاصة من حدوث تحطم للطائرة).

ومع ذلك، فإن الخوف من نوبات الهلع لا يميز -بشكل واضح- المرضى ذوي اضطراب الهلع على سبيل المثال أظهرت دراسة أجريت على الأفراد الذين يخافون من قيادة السيارة أن (53 ٪) أعلنوا عن نوبات هلع، و (1,5 ٪) أعلنوا عن حوادث سيارات، وذلك كأسباب رئيسية لمخاوفهم المرضية، على الرغم من أن معظم الأفراد الخائفين من قيادة السيارة (69,6 ٪) لديهم مخاوف خاصة (Ehlers & al,1994).

وتحدث نوبات الهلع في الرهاب المحدد (الرهاب البسيط سابقا) حسب ماري آن ميركر (2006) كاستجابة للمثير المخيف كما تحدث نوبة الهلع في رهاب الحيوانات عندما يواجه الشخص كلبا، ولكن ليس خلال عاصفة كهربية. وبالمثل فإن الذي يعاني من رهاب اجتماعي قد يشعر بنوبة عندما يخبر بأنه سوف يوجه حديثا لآخرين على مدى نصف ساعة، ولكن ليس أثناء الوقوف في موقف سيارات خالي.

إذا واجهت الخوف باعتقاد راسخ بأن في استطاعتك أن تتغلب عليه، فإنك ستوجد ظروفا تمكنك من هذا حقا.
بيت كوهين

والمثالان السابقان يوضحان الهلع المحدد والمواقف المهيأة له، والذي يكون فيه خوف مريض الرهاب من الموقف -الكلب-، أو الحديث أمام آخرين وما يمكن أن يسببه من إزعاج، وليس من نوبة الهلع ذاته.

2.4. التمييز عن الرهاب الاجتماعي:

إن العلاقة بين الرهاب الاجتماعي والخوف من الأماكن المفتوحة (الأجورافوبيا) علاقة معقدة، ولكن التمييز بين هذين الاضطرابين قد يتم تحقيقه بعدة أساليب. فمن الناحية الديموغرافية فإن الأغلبية الإكلينيكية لذوي الخوف الاجتماعي تتكون أساسا من الرجال بينما عينات الأجورافوبيا فهي غالبية نسائية كذلك فإن متوسط العمر الذي يبدأ فيه الخوف الاجتماعي يقع في وسط مرحلة العقد الثاني (15) سنة أي في المراهقة المتوسطة تقريبا بينما تحدث حالات الأجورافوبيا عادة في أوائل العشرينات من العمر(محمد الشناوي، محمد عبد الرحمان،1998).

أما من ناحية الأعراض يمكن أن نبرز نقطتين أساسيتين هما:

أ- في حالة الرهاب الاجتماعي المرضى يعانون من الأعراض إلا في حالة وجودهم في المواقف الاجتماعية، أما مرضى الهلع المصحوب بالأجورافوبيا فإن الشخص يخشى من الأعراض ذاتها لذلك فنوبة الهلع يمكن أن تهاجمهم حتى وهم بمفردهم .

ب- إن من يعانون نوبات الهلع المصحوب بالخوف من الأماكن الواسعة (الأجورافوبيا) تحدث لهم نوبات الهلع في مواقف غير اجتماعية لأن انشغالهم

الأساسي هو معاودة النوبة في غياب المساعدة، أو أي مخرج للهرب، وليس التقييم الاجتماعي كما هو الحال في الرهاب الاجتماعي.

وعلى الرغم من وجود أوجه تقارب عديدة بين الإضطرابين من حيث نوبة الذعر وبداية الحدوث المبكرة إلا أنه يمكن اعتبار الرهاب الاجتماعي كيانا إكلينيكيا مستقلا يختلف عن الأجورافوبيا بوضوح وبؤرية القلق الذي يدور محوره حول المواقف الاجتماعية فقط.

أما الاختلاف عن اضطراب الهلع يتميز بنوبات من القلق الحاد ويشعر الفرد فيه بزيادة ضربات القلب ويصبح تنفسه سطحيا إضافة إلى شعوره بأنه سيغمى عليه وغير ذلك من أعراض القلق الحادة، وهي أغلبها شكاوى جسمية تتسارع في مدة قصيرة وبشكل فجائي على نحو مختلف لدى مرضى الرهاب الاجتماعي، وتشير بعض الدراسات إلى أن العرض الأساسي للهلع هو أن المريض يشكو من ضغط، وألم في الصدر، بينما يكون العرض الأساسي للقلق من الخوف الاجتماعي هو احمرار الوجه.

والتمييز بين الخوف الاجتماعي واضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة قد يكون صعبا، وبخاصة عندما يكون هناك تجنب للمواقف الاجتماعية فقط. فعلى سبيل المثال فإن المصابين باضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة، والمصابين بالمخاوف الاجتماعية، قد يتجنبون معا المواقف المزدحمة كمراكز التسوق الكبيرة، والحفلات المزدحمة (APA,2000).

وقد لخص لنا مايكل فرست وآخرون (Michael First et coll,1999) التشخيص الفارقي لاضطراب الهلع كما حددته (APA,1994)، والجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (1): يبين التشخيص الفارقي لاضطراب الهلع

اضطراب الهلع مع رهاب الأماكن المفتوحة يجب أن يتميز ب:	باختلاف عن الاضطراب الآخر:
اضطراب القلق لإصابة طبية عامة.	يتطلب أن يكون سببه لإصابة طبية عامة و لا يجب أن نشخص اضطراب الهلع ، إذا كانت نوبات الهلع نتيجة آثار فيزيولوجية مباشرة لإصابة طبية عامة.
اضطراب القلق الناتج عن مواد.	سببه التأثير الفيزيولوجي المباشر لأحد المواد ، ولا نشخص اضطراب الهلع إذا كانت نوبات الهلع نتيجة التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لأحدى المواد أو الأدوية.
نوبات الهلع تأتي في إطار اضطرابات القلق أخرى (مثلا: الرهاب الاجتماعي، الرهاب المحدد، اضطراب الوسواس القهري، الاضطراب التالي للصدمة).	يتميز بنوبات هلعية مقرونة ببعض المواقف (على عكس النوبات الفجائية اللازم توافرها لتشخيص اضطراب الهلع).
قلق الانفصال.	يجب أن تكون بدايته في الطفولة و يتميز بقلق و تجنب للانفصال.
التجنب في اضطراب الهذيان .	نتيجة للانشغالات الهذيانية.

(Michael First et coll,1999 ,153)

5. الاضطرابات المصاحبة:

أظهرت الدراسات الوبائية التي أجريت على المجتمع العام أو على عينات إكلينيكية وجود اضطرابات إكلينيكية تكون مصاحبة لاضطراب الهلع و سنأتي على ذكرها في السطور التالية:

1.5. العلاقة مع اضطرابات القلق:

يظهر اضطراب الهلع مترافقا مع اضطرابات القلق الأخرى بنسبة تتراوح ما بين (30-88%) (Weissmann et al, 1978-1986)

ويكون الترافق بشكل خاص مع الأجورافوبي التي تم اعتبارها في إحدى نظريات اضطرابات القلق المقترحة من قبل (Donald klein) أنها تمثل إحدى التعقيدات التطورية لاضطراب الهلع ، حيث أن المريض الذي يخبر نوبة هلع مفاجأة في أماكن معينة مع الوقت يطور قلقه الإستباقي (الخوف من معاودة النوبة) والذي يشكل لديه سلوكيات التجنب للأماكن التي داهمته فيها نوبة القلق (Lépine JP, Drignon JM,1994).

لكن هذا النموذج تم نقده على خلفية أنه يوجد أجورافوبي في غياب تام لوجود نوبة هلع مسبقة مفاجئة وتلقائية، وعلى الرغم من ذلك ظل اضطراب الهلع مع الأجورافوبي مترافقين ويظهران ككيان تشخيصي واحد في التصنيف الإحصائي والتشخيصي الرابع الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA,1994).

اضطراب القلق العام يعتبر من أهم الاضطرابات التي ترافق اضطراب الهلع وبنسبة تصل إلى (20%) من الحالات ، أما القلق الاجتماعي فتصل النسبة إلى(18%) من الحالات أما الوسواس القهري(14%) والمخاوف المحددة (7%) وأخيرا اضطراب الضغوط التالي للصدمة(6%) (Goisman et al ,1994).

2.5. العلاقة مع تعاطي الكحول و المخدرات:

أحيانا يتم استخدام الكحول أو تعاطي مواد مخدرة بغية تخفيض القلق أو كمضاد للخوف في محاولة لتجاوز الوضعيات الضاغطة، حيث أكدت دراسة (Wittchen & Es-sau,1993) أن ما نسبته (13% -43%) من الحالات لديهم اضطراب هلع مع أو بدون الأجورافوبيا يتعاطون الكحول وبين (16% -60%) من الحالات الذين يتعاطون الكحول يعانون من اضطراب هلع مع أو بدون أجورافوبيا .

كما أكدت دراسة (Lépine et Chignon,1993) أنه لدى الرجال يوجد ترافق بين الإدمان الكحولي الأولي واضطراب الهلع بينما يكون الإدمان الكحولي الثانوي الأكثر ترافقا مع اضطراب الهلع لدى النساء ، ويمكن القول أنه عندما يكون اضطراب الهلع مصاحبا لنوبة اكتئاب عظمى فإنه يصبح عامل خطورة إضافي لتعاطي الكحول ، كما

يمكن أن نشير هنا إلى أن ترافق اضطراب الهلع وتعاطي الكحول يكون في حد ذاته عامل خطر لظهور الاكتئاب أو الاعتماد على البنزوديازبين (Benzodiazepines).

3.5. العلاقة مع إضطرابات المزاج :

بالنسبة لاضطرابات المزاج فإنها أحيانا تكون مصاحبة لإضطراب الهلع حيث أكدت الدراسات الوبائية ذلك في (20% - 70%) من الحالات يمكن أن تظهر لديهم نوبة اكتئاب عظمى(lépine JP, Pélissolo A, et al ,1995).

كما أكدت دراسة وبائية أن نحو (30%) من المرضى الذين لديهم نوبة اكتئاب عظمى قد أظهروا نوبات هلع (Lépine ,1994).

كما تبين في دراسة أخرى أنه في (50%) من الحالات يظهر اضطراب الهلع ونوبة الاكتئاب العظمى بشكل متزامن بينما يسبق الاكتئاب اضطراب الهلع في (25%) من الحالات والعكس صحيح ، غير أن اللافت للنظر أن المرضى الذين يتزامن لديهم وجود اضطراب الهلع مع اضطراب الاكتئاب يكونون معرضين لخطر الانتحار الناتج عن هذا الترافق بين الاضطرابين. (Lépine JP , Chignon JM, et al , 1993)

لذلك فإن ترافق اضطراب الهلع و اضطراب الاكتئاب يجب التعامل معه بعناية وتقييمه بدقة ويأخذ ذلك كله بعين الاعتبار في السياق العلاجي تحسبا لخطورة الانتحار.

6. العوامل المهيئة للإصابة باضطراب الهلع:

هناك العديد من العوامل يمكن أن تفجر نوبة هلع ، والأمر يختلف من شخص إلى آخر ، فبالنسبة لعدد كبير من الحالات لا توجد عوامل مفجرة واضحة ومحددة ، حتى وإن كانت هناك بعض الدراسات أكدت على العوامل المتعلقة بتأثيرات الحوادث الصدمية التي عاشها الشخص في الطفولة وبالضبط التي لها علاقة بقلق الانفصال (Pollak MH,et al, 1992).

ويمكن أن نذكر من بين العوامل المهيئة ما يلي :

- وجود مشكلات علائقية (الطلاق مثلا).
- مشكلات الفقدان أو المرض.
- استخدام الكحول أو المخدرات.

- بعض المواقف المثيرة للقلق مثل (وسائل النقل الجماعي، الطائرة ،الزحام).
- الاستخدام أو التوقف المفاجئ لبعض الأدوية بشكل خاص مضادات الاكتئاب .

إن القلق والخوف من حدوث شيء سيء، هما أساس العديد من الاستجابات الضارة.
أ.د جيمس سيجال

7. الأشخاص المهيئين للإصابة باضطراب الهلع:

من الممكن أن يمر الكثير منا بنوبات هلع خلال حياتهم وقد أكدت دراسة كسلر وآخرون (Kessler RC ,et al 2006) أن (21) شخصا من بين (100) شخص يمكن أن يعايشوا خبرة نوبة الهلع في حياتهم بينما يمكن أن يطور واحدا من بين (100) شخص اضطراب هلع .

ويمكن أن نذكر هنا أنواع الأشخاص الذين يمكن أن يصابوا بنوبات هلع:

- النساء يشكل عددهن ما بين (1,5- 2 مرات) عدد الرجال.
- الشباب بين (15- 20 سنة).
- الأشخاص الذين لديهم سوابق عائلية متعلقة باضطراب الهلع.
- الأشخاص الذين لديهم شخصية قلقة .
- الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب أو اضطرابات القلق.

8. معدلات انتشار اضطراب الهلع:

إن الاضطراب الهلعي هو حالة واسعة الانتشار نسبيا، تصيب حوالي (3,5%) من عامة الناس في فترة من فترات حياتهم، فمثلا إذا أجريتم عملية حسابية ستتبينون أنها تصيب زهاء عشرة ملايين أمريكي. ويكون حوالي الثلثين من الأشخاص الذين يصابون بالاضطراب الهلعي من النساء. كما أن النساء اللواتي يعانين من اضطراب هلعي

معرضات أكثر من الرجال للإصابة بنوبات الذعر، و برهاب الأماكن المفتوحة (مارتن أنطوني، راندي ماك كاب،2008،16).

فقد أجرى **كارليبرج** و زملاؤه (Carlbring et col,2002) دراسة على عينة عشوائية قوامها (1000) مشارك من الجمهور العام في السويد تراوحت أعمارهم بين (16-79) سنة، وأوضحت النتائج أن معدل انتشار اضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن الواسعة، وغير المصاحب له معا (2,2%)، كما لوحظ ارتفاع معدل الانتشار لدى الإناث بنسبة (5,6%) بالمقارنة إلى (1,0%) لدى الذكور.

كما يشير دلبروك (Delbrouck M,2011) أن نسبة الظهور سنويا بالنسبة لنوبات الهلع تتراوح بين (3 ٪-5,6 ٪) في المجتمع العام (3,8 ٪ فرنسا)، أما تقدير النسبة السنوية لاضطراب الهلع مع أو بدون الأجورافوبيا هي (0,7 ٪)، وعادة في نهاية المراهقة وبداية سن الرشد (30 ٪) من العملاء، والذين يظهرون نوبات هلع متكررة يطورون اضطراب الهلع (Delbrouck M,2011,162).

كما أكد **حسان المالح** بأن (2-1٪) من الناس لديهم اضطراب نوبات الهلع و التي تتكرر حوالي أربع مرات في الشهر على الأقل و نسبة أكبر لديهم نفس الاضطراب و لكن بنسبة أقل (حسان المالح، 1995، 30).

وفي نفس السياق يشير **إيهاب كمال** أن (1 ـ 2 ٪) من الأفراد يعانون سنويا من هذا العرض المرضي و تظهر الدراسات وجود تاريخ مرضي داخل العائلة مما يدل إلى أن بعض الأشخاص قد يكونون أكثر ميلا للإصابة به (إيهاب كمال، 2008).

ويتبين هنا أن نسبة انتشاره أكثر من التوقعات السابقة، هذا ما أكدته دراسة **أحمد عكاشة** وإن اختلفت نسبة الوبائيات إذ وصلت إلى حوالي (15-20%) من المرضى يعانون اضطراب الهلع (محمد غانم، 2006,65).

أوضحت العديد من البحوث أن حوالي من (10% إلى 12%) من الجمهور العام قد تعرضوا لخبرة الهلع من خلال نوبة واحدة على الأقل خلال العام الماضي (أو اثني عشر شهرا السابقة).

أوضحت دراسات أخرى إن من بين (2% إلى 5%) من الجمهور العام قد انطبقت عليهم محكات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الأماكن المفتوحة.

يضاف إلى ذلك أن نوبات الهلع قد تظهر في أنواع أخرى من الاضطرابات مثل: اضطرابات القلق (بأنواعها وتصنيفاتها المختلفة) واضطرابات المزاج (بتصنيفاتها المتعددة) (محمد غانم، 2008، 65).

إن معدلات الانتشار لاضطراب الهلع بين المرضى العياديين مرتفعة جدا حيث يشخص اضطراب الهلع (10%) من الحالات الذين يتقدمون للعلاج النفسي. وبالنسبة للمجموعات الإكلينيكية، وليست السيكاترية معدل الانتشار يتراوح بين (10% و 30%) (APA, 2003,501).

9. معدلات انتشار الأجورافوبيا:

يقدر أحد الباحثين في فوبيا الأماكن المتسعة دون مهرب أنها تؤثر على نسبة ما بين (2,8%) إلى (5,7%) من إجمالي السكان، نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى لا تبحث أبدا عن مساعدة مهنية، أو علاج طبي. حوالي ثلاثة أرباع مرضى هذه الفوبيا يعيشون نوبات ذعر، و(60%) من المرضى مع اضطراب الذعر يكتسبون فوبيا الأماكن الواسعة ما بين (65%) و(75%) من مرضى فوبيا الأماكن الواسعة من النساء، من المفترض أنهن يفضلن الهروب للتكيف مع القلق بينما الرجال في الغالب الأعم يتحولون إلى الكحوليات والمخدرات (أرثر بيل،2001،93).

تمثل الأجورافوبيا نسبة انتشار 3% من المجتمع العام، وتمثل في المتوسط 50% من جملة أنواع طلب المساعدة (Véra L, 2002,93).

10. التطور والمآل:

إن العمر الزمني لظهور اضطراب الهلع يكون بشكل نمطي بين نهاية المراهقة ومنتصف الثلاثينيات، وتكون النوبات موزعة حيث يمكن أن تظهر أول نوبة في نهاية المراهقة والثانية بشكل أضعف في منتصف الثلاثينيات، وفي عدد قليل من الحالات تظهر في الطفولة، غير أن ظهورها في العمر بعد (45) سنة غير معتاد، إلا أنه يمكن أن يكون. ويكون التطور في معظم الحالات الإكلينيكية مزمنا يتصاعد ويتنازل (APA, 2003,501).

ويؤكد أحمد عكاشة أن اضطراب الهلع ينتشر بين المجتمع العام بنسبة (2 إلى 5%) مما يجعل انتشاره أكثر من التوقعات السابقة، وتشير الإحصائيات إلى أن (30 إلى

50 ٪) من المرضى المترددين على أطباء القلب، والذين لا يوجد بهم أدلة كافية على مرض في الشرايين التاجية يعانون من اضطراب الهلع، وعادة ما يبدأ الاضطراب في أوائل العشرينات من العمر (أحمد عكاشة، 2003، 154).

ويحدث هذا الاضطراب بنسبة (1%) لدى كل من الرجال والنساء، كما يحدث بشكل أكبر لدى التوائم المتماثلة منه لدى التوائم غير المتماثلة، وبالرغم من ذلك لا يوجد تأكيد على وجود سبب بيولوجي وراء الاضطراب (Asnis et al, 1995).

يعتبر اضطراب الهلع مع أو بدون الخوف من الأماكن الواسعة اضطرابا مزمنا، ويكون مآله حسب مقدار الضرر المترتب على عدد نوبات القلق وحالات التجنب وتغير نمط حياة المريض المهنية والأسرية ، وحسب نوعية العلاج الذي يمكن أن يتلقاه المريض ، واضطراب الهلع ليس خطيرا في حد ذاته ولكنه يمكن أن يشكل ضغطا أو صدمة للمريض و عائلته وهو ما يؤثر على نوعية حياة المريض وعلى الرغم من درجات التحسن في الأعراض على المدى البعيد فإن (60%) من المرضى مازالوا يتابعون بعد (6) سنوات من التطور، (20%) من بينهم معرضون للإصابة بالإكتئاب و (10%) معرضون للانتحار(Lepola et al ,1996).

وبالنظر إلى شدة الأعراض وقوة النوبات التي يمر بها المريض وطول مدة الانتظار والبحث عن علاج ملائم فإن عملية البدء في العلاج النفسي تكون في حد ذاتها خطوة جيدة للتحسن ، وأن مقدار التغير في الحالة النفسية للعميل عادة ما يكون واضحا للدرجة التي تعطي العميل شعورا طيبا يكون قد افتقده منذ عدة سنوات أحيانا ، وبالتالي مقدار التغير غالبا ما يكون واضحا للعميل و الأخصائي النفسي و هو ما يعطي دفعا جيدا للعملية العلاجية ويكسبها فاعلية طويلة المدى بالقدر الكافي.

وقد حدد تطور اضطراب الهلع حديثا في دراسة Harp (Harvard– Brown: -Anx) iety Research Project بقيادة (Keller et coll,1995) وجود خمود كامل، محدد باختفاء الأعراض خلال مرحلة مقدرة ب (8) أسابيع على الأقل لدى (39%) من الحالات في خلال (52) أسبوع من التطور وعند(49%) من الحالات في (91) أسبوع .

وقد ذكرت هذه الدراسة أنه في حالة وجود أجورافوبيا (خوف من الأماكن الواسعة) مصاحب للاضطراب الهلع فإن الخمود الكامل يكون أضعف (17%) في (52) أسبوع و(20%) في (91) أسبوع و بعد الخمود الكامل يمكن أن تحدث إنتكاسة حيث شوهدت عند (31%) من الحالات في (52) أسبوع في حالة اضطراب الهلع وعند (35%) من الحالات في حالة اضطراب الهلع المصاحب بالأجورافوبيا .

كما أوضحت دراسة (Faravelli c, et al ,1995) أن تطور اضطراب الهلع خلال خمس سنوات يوضح شفاء تاما عند (12,1%) من الحالات، وتحسن عند (47,5%) من الحالات ، وتحسن بطيء عند (11,1%) من الحالات وتطور سيئ عند (29,3%) من الحالات .

11. الهلع لدى الأطفال والمراهقين:

أورد الدليل العاشر لتصنيف الأمراض النفسية (ICD- 10) لمنظمة الصحة العالمية (1992) عدة محكات لتشخيص الخوف في الطفولة على النحو التالي:

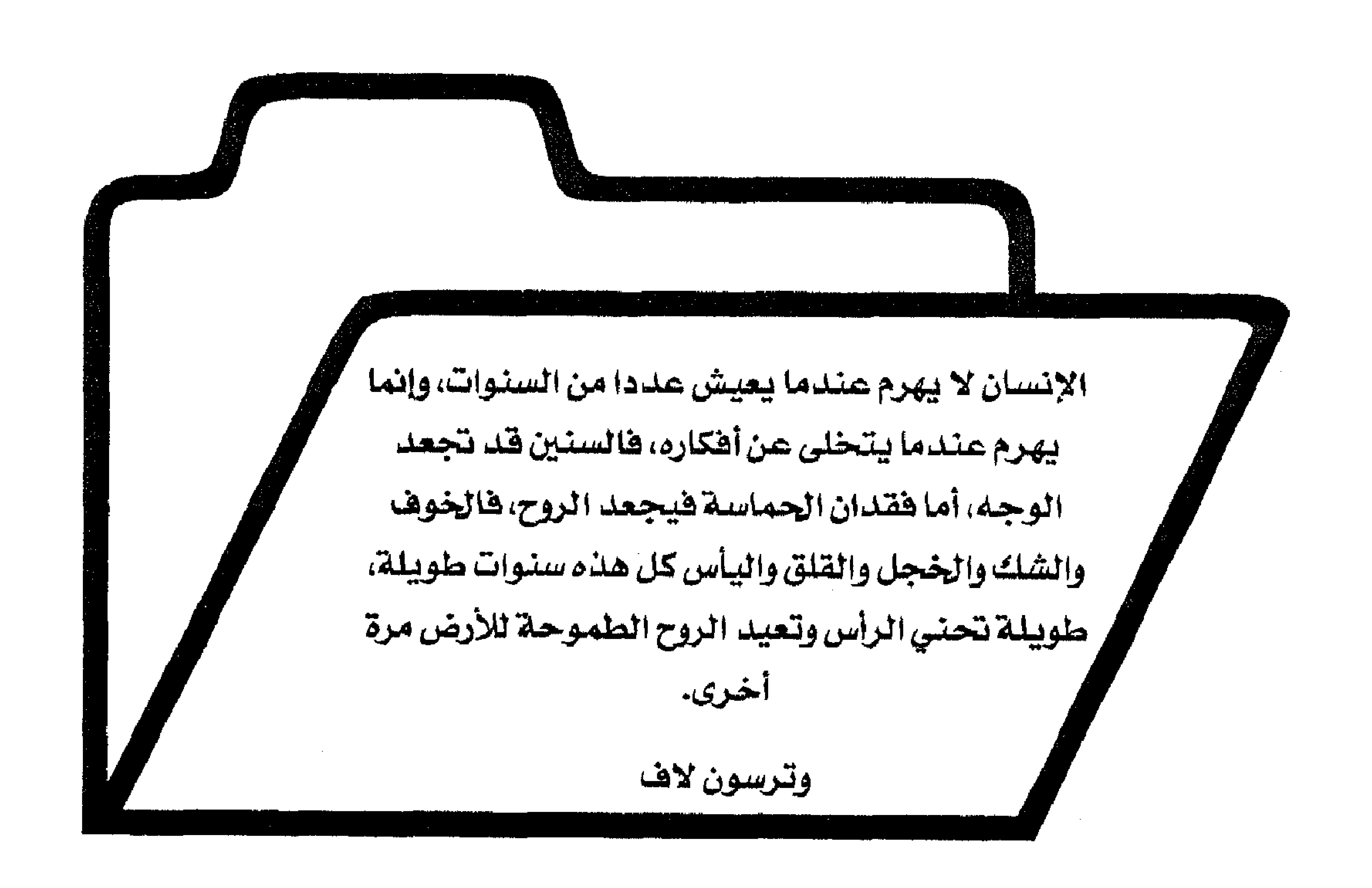
1. يظهر الطفل خوفا مستمرا ومتكررا يكون مناسب لمرحلة نموه، ولكنه غير عادي في الدرجة ومرتبط بضعف اجتماعي واضح.
2. تكون محكات القلق العام في الطفولة غير مستوفاة.
3. أن الاضطراب لا يحدث كجزء من اضطراب أشمل للانفعالات النفسية أو اضطراب السلوك، أو الشخصية، أو اضطراب النمو السائد، أو اضطرابات عصابية، أو أمراض متعلقة باستخدام مواد منشطة سيكولوجية، أو تعاطي عقاقير.
4. يستمر الاضطراب عند الطفل لمدة أربعة أسابيع على الأقل.

ومن أكثر المخاوف شيوعا لدى الأطفال الخوف من الأماكن العالية والخوف من الأماكن المفتوحة (الأجورافوبيا) أو الأماكن المغلقة، الخوف من العواصف، الرعد، والبرق، الخوف من رؤية الدم، والخوف من التلوث، الخوف من الظلام، والخوف من الوحدة والخوف من الزحام، والخوف من المدرسة، والخوف من الحيوانات (حسن عبد المعطي،2001، 290).

لقد قدم الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM- IV) تشخيصا للهلع لدى الأطفال والمراهقين، يماثل معايير تشخيصية لدى الراشدين، وقد توافرت تقارير قليلة عن حالات هلع مشخصة عند الأطفال والمراهقين لاست وستروس (et strauss, Last 1990).

تتوفر قليل من التقارير حول علاج الأجورافوبيا لدى الصغار، ويعتبر ذلك أمرا مدهشا لحد ما إذا علمنا أن العمر النمطي لحدوث الأجورافوبيا هو المراهقة المتأخرة أو بداية الرشد، وسوف نناقش هنا دراستي **بارلو وسيندر** (Barlow & Seindner 1983)

وكولكو (Kolko,1984). وقد أجرى بارلو وسيندر علاجا جمعيا متعدد المكونات يشتمل على استراتيجيات التعامل مع الهلع، وإعادة البنية المعرفية، والتعرض المتدرج، وذلك لعلاج ثلاثة مراهقين لديهم أجورافوبيا. وقد أظهر أفراد البحث قصورا جوهريا في حضور المدرسة يرتبط بأعراض الأجورافوبيا لديهم، وقد اشتمل التقرير على تقديرات أسبوعية متدرجة بواسطة المراهق ووالده، وكذلك استبيانات معدة للتعرف على الاتصال بين الوالد والمراهق، وقد أجريت تقديرات قبل العلاج وفي وسط العلاج، وبعد العلاج وكذلك تقديرا تتبعيا(محمد الشناوي، 1989، 262).


الإنسان لا يهرم عندما يعيش عددا من السنوات، وإنما
يهرم عندما يتخلى عن أفكاره، فالسنين قد تجعد
الوجه، أما فقدان الحماسة فيجعد الروح، فالخوف
والشك والخجل والقلق واليأس كل هذه سنوات طويلة،
طويلة تحني الرأس وتعيد الروح الطموحة للأرض مرة
أخرى.
وترسون لاف

الفصل الثالث

النماذج النظرية المفسرة

لاضطراب الهلع

1. النظريات البيولوجية.
   1.1. العوامل الوراثة.
   1.2. العوامل الكيميائية.
   1.3. العوامل الفيزيولوجية.
2. النظرية السلوكية.
3. النظرية المعرفية.
   1.3. مفهوم حساسية القلق.
   2.3. النماذج النظرية المعرفية:
      1.2.3. نموذج بيك وإمري (1985).
      2.2.3. نموذج كلارك (Clarck,1986).
      3.2.3. نموذج بارلو (2000 Barlow).
      4.2.3. نموذج هوفمان (2012).
4. مناقشة.

1. النظريات البيولوجية:

أنجزت النظريات البيولوجية التي تنظر إلى الهلع على أنه متميز عن الأنواع غير الهلعية من القلق، وباعتباره يرجع إلى فروق في العمليات البيولوجية كما هائلا من البحوث، خاصة التجارب التي تحاول استثارة الهلع في المعمل. وليس من المستغرب أن يكون العلاج المفضل لدى المتخصصين ذوي التوجه البيولوجي هو العلاج بالأدوية النفسية (ماري ميركر،2006، 157).

وقد أكدت هذه النظريات على وجود اختلافات بيولوجية بين الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع، وبين هؤلاء الذين لا يعانون منه. وقد اكتشف الباحثون وجود فروق مستمرة في العديد من أنظمة الناقلات العصبية الخاصة بالجهاز العصبي المركزي، وهي الأجهزة التي تتولى نقل الرسائل العصبية عبر أجسامنا، وفي الواقع فإنه يبدو أن العمليات الجسمية التي تنبهنا إلى المعلومات الواردة، وتساعدنا على معالجتها، وترشد ردود فعلنا عليها، تتخذ مستوى عال من الإثارة لدى المصابين باضطراب الهلع، وبعبارة أخرى، يمكننا القول بأنه يبدو أن الأشخاص المصابين باضطراب الهلع لديهم جهاز عصبي يتسم بشدة الحساسية وارتفاع مستوى ردود الفعل به، الأمر الذي يجعل الأحداث المثيرة للقلق والضغوط تولد ردود فعل جسمانية قوية (دينيس بيكفيلد، 2004، 18).

وتعتمد التفسيرات العضوية على عدة عوامل أهمها:

1.1. العوامل الوراثية:

لقد انصب العلماء بشكل جاد على تحديد أثر العوامل الجينية بالنسبة لاضطرابات القلق، حيث وجود في عدة دراسات أن الاضطراب يظهر عند أقارب المرضى بشكل أكبر، وأنه كلما زادت مستويات القرابة البيولوجية بالشخص المصاب ازداد احتمال ظهور المرض.

لا تعتبر الفروق البيولوجية بين المصابين بالهلع وبين الذين لم يصابوا به بالضرورة دليلا قائما على أن ثمة فروقا جينية (وراثية) بين المجموعتين، وإن كان هناك في الحقيقة بعض المؤشرات التي تشير إلى احتمالية وجود عامل وراثي كامن وراء هذه الفروق.

وقد أكدت بعض الدراسات الأصل الوراثي لاضطراب الهلع باعتبار أنه إذا أصيب واحد أو اثنان من التوائم المتماثلين بنوبات هلع، فإن (31%) من التوائم الآخرين يصابون بها أيضا، ولكن إذا أصيب بها واحد أو اثنان من التوائم غير المتماثلين، فإن أحدا من التوائم الأخرى لا يصاب بها. كما أن أكثر مما يزيد على نصف المرضى باضطرابات الهلع لديهم أقرباء يعانون اضطراب القلق، أو إدمان الكحوليات (مارتن سيليجمان، 2004، 75).

كما تأكد أن (25%) من أقارب الدرجة الأولى للمريض المصاب باضطراب الهلع لديهم نفس الاضطراب، كما تصل إصابة التوائم وحيدة البيضة إلى خمسة أضعاف ثنائية البيضة (حسان المالح, 1995, 31).

وفي دراسة **لنعمان سرحان** وجد أن نسبة انتشار اضطراب الهلع كان أكثر عند أقارب الدرجة الأولى للمرضى بنسبة (14.9 ٪) مقارنة بأقارب الدرجة الأولى للأصحاء بنسبة (3.1 ٪) (نعمان سرحان ، حيدر علي،2006، 2).

ولقد ذكر حسين فايد أن حوالي (15%- 75%) من الأقارب من الدرجة الأولى لمرضى الهلع يصابون بالاضطرابات، وبالمقارنة فإن معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (80%- 90%) و (10%- 15%) من التوائم غير المتماثلة. أما الأساس الجيني لرهاب الأماكن الواسعة فيعد أقل وضوحا برغم أن هناك تقارير تشير إلى أن (20%) من الأقارب لديهم نفس الاضطراب. (حسين فايد،2004، 272).

وعلى الرغم من تباين النسبة المذكورة سالفا، والمتعلقة بمعدل الإصابة بالاضطراب بين أقارب مرضى الهلع إلا أنه في النهاية لا يمكن إنكار الأساس الجيني لهذا الاضطراب.

2.1.العوامل الكيميائية:

وغير بعيد عن العوامل الجينية فحص العلماء مخ المصابين باضطراب الهلع بحثا عما يمكن أن تحمله الكيمياء العصبية من معلومات تفسر الاضطراب لديهم، فوجد أن لديهم ثمة اختلال في النظام الذي يسبب الشعور بالخوف، بالإضافة إلى أن الفحص المقطعي لانبعاث الالكترونات (PET)، والذي يعد إحدى طرق قياس كمية الدم

والأكسجين التي تستخدمها الأجزاء المختلفة من المخ، يشير إلى أن معدل تدفق الدم لدى المرضى الذين أصيبوا بالهلع بعد حقن مناطق المخ لديهم بمادة اللكتات والأكسجين أكبر منه عند هؤلاء الذين لم يصابوا بالهلع (مارتن سيليجمان، 2004، 75).

كما وجد أن المرضى الذين لديهم تاريخ مرضي لنوبات الهلع عند حقنهم في مجرى الدم بلكتات الصوديوم، إحدى المركبات الكيميائية التي تؤدي عادة إلى صعوبة في التنفس، وخفقان في القلب، قد أدت إلى إصابة حوالي(60% إلى 90%) من هؤلاء المرضى بنوبة هلع في غضون دقائق من ذلك، وفي تجارب ضابطة تم إجراؤها، تبين أن الأفراد الذين ليس لديهم تاريخ مرضي في الإصابة بالهلع نادرا ما يصابون بهذه النوبات حتى بعد حقنهم باللكتات (مارتن سيليحمان، 2004، 75).

كما تشير إحدى النظريات العضوية إلى وجود حساسية خاصة في جذع الدماغ لغاز ثاني أوكسيد الكربون ، وهي حساسية مزمنة تؤدي إلى فرط التنفس المزمن وقد تبين بالتجربة أنه إذا كان هواء الغرفة مشبعا بغاز أكسيد الكربون بنسبة 5٪ فإن ذلك يؤدي إلى حدوث نوبة هلع عند الأشخاص المهيئين لهذا الاضطراب (حسان المالح، 1995،35).

3.1.العوامل الفيزيولوجية:

ومن الناحية التشريحية أوضحت الدراسات أن هناك ثلاثة مواقع أساسية في المخ هي المسؤولة عن تنظيم القلق عند الإنسان، وهي:

- المنطقة الجبهة الأمامية.
- الغدة اللوزية.
- منطقة ما تحت المهاد في منطقة تحت القشرة المخية.

فعند تعرض الإنسان لانفعال ما، يبدأ المخ في التعامل مع هذا الانفعال بواسطة القشرة قبل الجبهة الأمامية، والتي تقوم بالتقييم المعرفي لهذا الضغط، ثم ينتقل العمل إلى الغدة اللوزية التي تعمل على توليد استجابة الخوف، بعد ذلك يحدث تنبيه لغدة ما تحت المهاد أو الهيبوثلاموس، والتي تعمل على تنظيم الانفعالات والوظائف الأساسية للأحشاء، فهي المسؤولة عن الاستجابات الانفعالية والسلوكية المتكاملة (Lundervold et al,2008).

ونظرا لأن الأمراض الجسمية التي تصاحب القلق تأتي نتيجة استثارة الجهاز العصبي الذاتي بشقيه السيمبثاوي والباراسيمبثاوي وهما تحت تنظيم وسيطرة الهيبوثلاموس، فإن هذا الأخير يعد أحد المناطق المسؤولة عن الانفعال عامة والقلق خاصة (سامي عبد القوي، 1995).

وعلى الرغم من أنه خلال العقدين الماضيين تجمعت عدة أدلة لتدعيم التفسير النظري البيولوجي لاحتمالية تطوير أعراض نوبات الذعر واضطراب الهلع، حيث حظيت دراسات الجانب الوراثي باهتمام خاص لتؤكد العامل الجيني بين أقرباء الدرجة الأولى حيث أقرباء المرضى باضطراب الهلع معرضون بمعدل ثلاثة أضعاف من غيرهم للإصابة بهذا الاضطراب). كما تم التأكيد على دور الناقلات العصبية في الدماغ، والتي لها دور في اضطراب الهلع مثل ناقلات السيروتونين.

كما قدمت الدراسات التشريحية أدلة على أن هناك مناطق معينة في الدماغ تكون ناشطة بشكل خاص لدى مرضى اضطراب الهلع، وتبعا للإثباتات السابقة ذكرها فقد كانت العلاقات المفضلة تعتمد على إعطاء مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، بالإضافة إلى العقاقير المؤثرة على زيادة السيروتونين في المشابك العصبية.

إلا أن هذه الأدلة التي حملتها الدراسات في هذا الإطار النظري ليست مطلقة، فمن الصعب الوصول إلى استنتاجات محددة حول علاقة الدماغ باضطراب الهلع، وذلك بسبب تضارب النتائج، كما أن العلاجات الكيميائية على الرغم من سرعة نتائجها إلا أنها على المدى البعيد أقل دواما، ويمكن للمريض أن يتعرض للانتكاسة بعد التوقف عن تناول الأدوية، هذا بالإضافة إلى جملة من المضاعفات.

2. النظرية السلوكية:

تسلم هذه النظرية بأن حادثا محايدا يصبح مرتبطا بالخوف، وذلك بأن يقترن بمنبه يعد -بطبيعته- مثيرا للضيق أو القلق، وعن طريق عملية ارتباطيه (إشراط تقليدي) تكتسب الموضوعات الحسية بالإضافة إلى الأفكار والصور المتخيلة القدرة على إحداث الضيق. وفي المرحلة الثانية في سير الأعراض تتطور استجابات الهرب أو التجنب لتقلل من القلق أو الضيق الذي تثيره منبهات شرطية مختلفة، وتستمر هذه الاستجابات

بسبب نجاحها في تخفيض القلق، ونتيجة للتعميم الشامل فإن كثيرا من المواقف المثيرة للخوف لدى الوسواسين القهريين لا يمكن تجنبها بسرعة أو بشكل مباشر. ويعد السلوك التجنبي السلبي - وكذلك السلوك الذي يستخدمه مرضى الخوف الشاذ - غير فعّال في السيطرة على القلق، فتتطور عندئذ أنماط التجنب النشطة في شكل سلوك يتخذ صورة طقوس معينة (أحمد عبد الخالق،2002، 279).

بطريقة مشابهة بمجرد أن ينتاب شخص ما نوبة هلع في سيارته على سبيل المثال فمن المحتمل أن يؤدي مجرد جلوسه خلف دفة القيادة إلى الإثارات العاطفية والبدنية المرتبطة بالقلق، فقد أصبح جهاز الإنذار في جسده مشروطا بالسيارة وكل الأشياء الموحية المرتبطة بها، مثل:المناظر والروائح والأصوات.

إن أصعب علاج للخوف وعادة ما يكون الأكثر فعالية، هو التحرك المباشر.

ويليام بيرنهام

و تفيد نظريات التعلم السلوكي لأسباب اضطراب الهلع أن ازدياد دقات القلب مثلا مرتبط بحدوث الخطر الشديد مهما كان سبب هذا الازدياد ويؤدي ذلك إلي ارتباط الخوف والقلق بالظرف المؤلم وبالتالي توقع الخطر، هذان الأخيران اللذان تغذيهما العوامل الاجتماعية العامة والتربوية أثناء الحروب والكوارث و الاضطرابات الاجتماعية وأحوال الحياة وتناقضاتها وتغيراتها الحادة إضافة للتنافس الشديد والتربية القاسية والحرمان مما يزيد من حساسية الجهاز العصبي والنفسي لإشارات الخطر وهذا يزيد من حدوث نوبات الهلع (حسان المالح،1995،32).

فإذا أصابت الشخص نوبة هلع في موقف معين فإنه يرتبط شرطيا بهذه النوبة، بحيث إذا ما دخل الفرد في نفس الموقف مجددا فإن نوبة الهلع سوف تعاوده، وقد تكون المثيرات التي تعمل على استدعاء حالة الهلع خارجية كما هو الحال بالنسبة لقيادة سيارة على الطريق السريع، أو الوقوف في صف أو داخلية متعلقة بالإحساسات الجسمية.

وتفترض نظريات التعلم المعاصر للانطفاء أن الاشتراط يحدث عندما يكوّن المشاركون تمثيلات للالماعات ذات الصلة (المثيرات الشرطية، والمثيرات غير الشرطية)،

والسياقات الموقفية، وعندما يكتسبون معلومات عن الارتباط بين هذه الالماعات والمواقف (Myers & Davis,2002). هذه الارتباطات من الممكن أن تكون مثيرة (تنشيط تمثيل معين، ينشط تمثيلا آخر)، أو كابحة (تنشط تمثيل معين يكبح تنشيط تمثيل آخر) (هوفمان، 2012، 63).

وانطلاقا من هذه التفسيرات السلوكية تم عرض أكثر التقنيات تأثيرا في العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق وهو التعرض الذي يصوب نحو العرض السلوكي الأبرز في اضطرابات القلق وهو التجنب، حيث يؤدي التعرض إلى إجبار المريض على إعادة تقييم التهديد الحقيقي للموقف، مما يسمح بتعديل الخبرة الانفعالية ويعزز من الشعور بالتحكم في الموقف، وفي الاستجابة الانفعالية.

وتعتمد قوة التأثير السلوكي هنا كلما كانت هناك العديد من مواقف التجنب في الخوف من الأماكن الواسعة حينها يصبح التعرض من أهم المكونات منفعة وفاعلية، وحتى في غياب مواقف التجنب (في الأجورافوبيا) فإن تدريبات التعرض في اضطراب الهلع تركز على الأنشطة، والمواقف التي تستثير الأعراض الجسمية المهددة، والتي تساعد في تفسيرها. وهنا يفرض التدخل السلوكي نفسه في اضطراب الهلع من حيث التفسير و العلاج.

3. النظرية المعرفية:

أصبح للنظريات التي تؤكد التأثيرات المعرفية تأثيرا كبيرا حاليا في علاج المخاوف الاجتماعية(Butler,1989)، والقلق العام، واضطرابات الهلع (Carck et al,1988)، وتؤكد هذه النظريات حساسية الناس المتخوفين والمستهدفين للهلع للمؤشرات المنبئة بالخطر، وتفسير هذه الخبرات باعتبارها سلوكا معرضا للتهديد، يؤدي إلى تفاقم القلق بعد ذلك. والذي يؤدي بدوره إلى أعراض يستجيب لها العميل بقدر أكبر من القلق (ليندزاي وبول، 2000، 171).

تقدم النظرية المعرفية طيفا واسعا من النماذج المفسرة لاضطرابات القلق والتي لاقت دعما تجريبيا جيدا، وقبل التطرق إلى هذه النماذج نعرج على مفهوم حساسية القلق باعتباره مفهوما معرفيا، وعاملا حاسما في نشوء القلق، ومفهوما مركزيا في

المنظومة المعرفية لاضطراب الهلع، وهو يعرَف في التراث النظري النفسي المرضي على أنه خاصية ثابتة تولدها خبرات متنوعة تعمل على تشكيل معتقدات بأن هناك عواقب مؤدية لمختلف الإحساسات والمثيرات.

1.3. مفهوم حساسية القلق:

اتساقا مع النظريات المعرفية للقلق، فإن مفهوم حساسية القلق يضع سوء التقدير المعرفي باعتباره عاملا حاسما في نشأة القلق، حيث يؤدي سوء تأويل الإحساسات البدنية إلى دائرة شريرة يؤدي فيها التأويل الخاطئ إلى زيادة القلق كاستجابة مخيفة لاستثارة تزيد من نفس الأعراض التي تشكل بؤرة الخوف، وقد تتخذ هذه العملية طريقا لولبيا لتؤدي في نهاية الأمر إلى هلع تام كخوف يتغذى على نفسه (حسين فايد،2004، 264).

وتمثل حساسية القلق كمفهوم معرفي خاصية ثابتة نسبيا لدى الأفراد، وتكون موجودة لديهم بنسب متفاوتة (حسب الفروق الفردية).

فالأفراد ذوي حساسية القلق المرتفعة قد يعتقدون أن قصر النفس دلالة على الاختناق، أو أن سرعة ضربات القلب تشير إلى نوبة قلبية، بينما يخبر الأفراد ذوي حساسية القلق المنخفض هذه الإحساسات باعتبارها غير سارة، ولكنها غير مهددة (Schmidt et al, 1998).

وفي هذا السياق حاول ماك نالي (Mc Nally, 1990) التعرف على أي العوامل المهيأة لتطوير نوبة هلع، وقد اقترح مفهوم الحساسية للقلق الذي يتضمن الاستجابة بأعراض القلق بسبب التأويلات الكوارثية. ولقد استطاع أن يظهر أن مؤثر حساسية القلق يعد أحسن عامل مهيء لنوبات الهلع (Cottrausc J, 2001,41).

ففي دراسة زيتلين وماك نالي (Zetilin & Mc Naly, 1993) وجدا فيها أن مرضى الهلع يحصلون على متوسط درجات في حساسية القلق أكبر وبشكل جوهري من مرضى الوسواس القهري، كما حصل مرضى الهلع على متوسط درجات في حساسية القلق أكبر وبفرق جوهري من عينات مختلطة من اضطرابات قلق أخرى. وفي دراسة طويلة لمالر وريس (Maller & Reiss, 1992) أجريت على طلاب الجامعة (151) طالبا

فقد توصلا بعد ثلاث سنوات إلى أن (23) فردا من ذوي حساسية القلق المرتفعة خبروا نوبات هلع، وأن (4) أربعة أشخاص منهم خبروا نوبات هلع للمرة الأولى خلال فترة السنوات الثلاث، وأن (3) ثلاثة منهم كان لديهم حساسية قلق مرتفعة من قبل.

ذلك لأنهم يعتقدون أن مثل هذه الأعراض تنذر بأزمة بدنية وشيكة الحدوث وارتباك عام، أو انهيار عقلي، وعلى النقيض من ذلك، نجد أن الأفراد ذوي حساسية القلق المنخفضة ينظرون إلى مثل هذه الإحساسات باعتبارها غير ضارة (Stewart & al,2001,344).

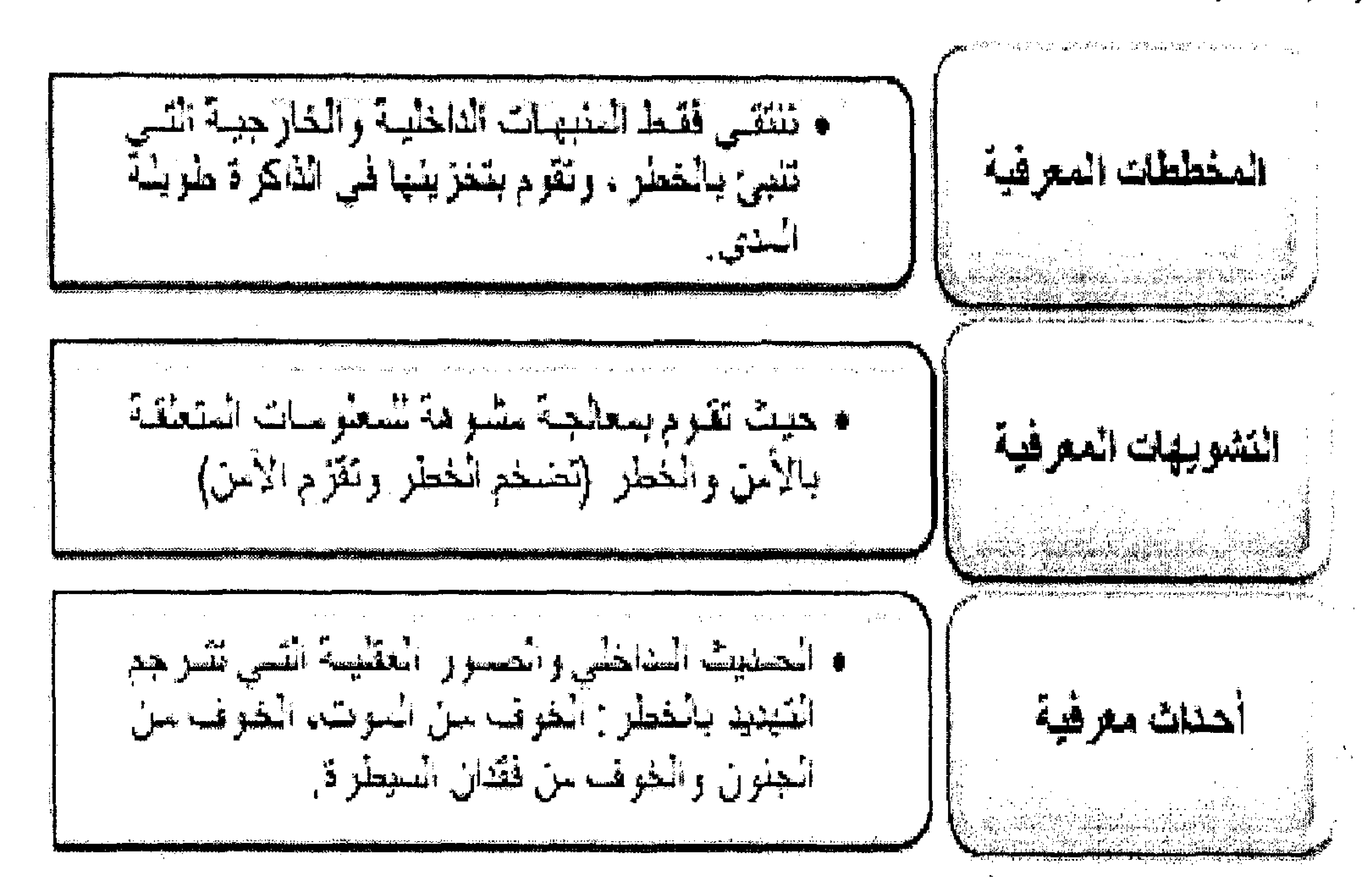
وبهذا ظلت التفسيرات المعرفية تثابر لتوضيح كيف تلعب العوامل الإدراكية الدور البارز في اضطراب الهلع حتى وإن كان ذلك يأخذ سياقات مختلفة تمثلها نماذج أساسية نوضحها فيما يلي:

3.2. النماذج النظرية المعرفية:

1.2.3. نموذج بيك وإمري (1985):

لقد وصف **بك وإمري** (Beck & Emery,1985) نموذجا للقلق ينشط فيه جهاز الاستجابة للطوارئ، بواسطة إدراك الفرد للخطر. فقد تطور ذلك (الجهاز) بشكل يغري بالبقاء في وجه الخطر العضوي الحقيقي، عن طريق إعداد الفرد للعدوان أو الهروب (الكر والفر) أو منعه من الحركة بشكل مفاجئ (إغماء، تجمد). ولكن الاستجابة للطوارئ في حد ذاتها يمكن أن تحذر الفرد، وتولد في الجسم شعورا بالاضطراب وخللا إدراكيا (معرفيا) طارئا، ولذا: تعتبر في حد ذاتها مصادرا للخطر تظهر في صورة: سرعة ضربات القلب، شعور بالدوار أو الضعف، إحساس بالزيف، واضطرابات أخرى...وعندما تنشط الاستجابة للطوارئ-كما في حالة الهلع- يزداد الخوف والقلق بشكل سريع، ويتلاشى التفكير المنطقي وتميل التجربة المرعبة إلى زيادة الخوف، وتعرض المصاب لمزيد من الأعراض، وتنشأ حلقة مفرغة من التوقعات المخيفة والأعراض المرعبة.

وســــوف نـــوضـــح ذلك مـن خـــلال الشــكل المـــوالــي نقــلا عـــن: (Cottrausc J,2001,40)



الشكل رقم (4) النظرية المعرفية لتفسير المخاوف ونوبات الهلع حسب بيك و إمري (Beck & Emery,1985)

وفي حـالة اضطراب الهلع تميل الإحسـاسـات المرتبطة بالقلق (مـثل الدوار، سـرعـة ضربات القلب، صـعوبة التنفس، الشعـور بالاختناق)، بالإضـافـة إلى تغيـرات عضـوية وعاطفية أخرى لا يستطيع الفرد تفسيرها، تميل لأن تصبح هدفا للتفسيرات الخاطئة. وعندما تحدث إحسـاسـات الخوف، تتحفـز أفكار وصور المصائب: مـاذا يكون الحـال لو إنسد حلقـي تماما؟ إنني قد أختنق حتى الموت"، إن الدنيـا تبدو غـامضة ومضحكة، لابد أن أكون قـد أصابنـي الجنون".. ويمكن أن تستثار استراتيجيات التكيف المنحرفة: " ألم في الصـدر-لابد أنهـا أزمـة قلبيـة هذه المرة! أفـضل ألاّ أبقـى بمفـردي"- وتميل الأفكار والصـور (كمـا يقـرر النمـوذج) إلى زيادة القلق، مما يوسـع الدائرة المفـرغـة من الخـوف والأعـراض...علاوة على ذلك، فـإن الاعـتقـاد بأن الأعـراض تنبئ عـن الفـواجع مما يسـهم في زيادة التبعية (الرهابية)، وتجنب الاختلاط بالناس (آرون بيك وآخرون،1989،55).

وبهذا يكون بيك (Beck,1988) قد وصف نموذجا للهلع يثير فيه إدراك الفرد للخطر نسق الاستجابة الطارئ، ويعمل هذا النسق على تحقيق البقاء للفرد في مواجهة خطر فيزيقي (مادي) حقيقي، وذلك بإعداده للعدوان أو الهرب (القتال أو الإسراع بالابتعاد)، أو منعه من الحركة المفاجئة (الإغماء أو التجمد في مكانه). إلا أن الاستجابة الطارئة في حد ذاتها قد تعمل كمنبه للفرد، حيث تعمل على تجميع الإحساسات الجسمية المضطربة والاختلالات الوظيفية المعرفية العابرة، والتي يمكن للفرد أن يدركها على أنها مصادر للخطر، وعندما تثار الاستجابة الطارئة يتزايد الخوف والقلق بشكل سريع يقل معه التفكير العقلاني، وتبدأ حلقة مفرغة من التوقعات المفزعة والأعراض المخيفة (عادل محمد،2000،196).

ويؤكد بيك أن العامل الذي يؤدي إلى التصاعد اللولبي للقلق، هو الطريقة التي يفسر بها المريض حالته الوجدانية البغيضة (أي حالة قلق)، فهو يتفحص هذه الاستجابة الوجدانية ويؤولها ويعطيها معنى، تماما مثلما يفعل إزاء أي مثير من المثيرات الخارجية، وحيث أنه اعتاد أن يربط القلق بالخطر، فإنه يقرأ قلقه كإشارة خطر. ومن ثمّ تنشأ حلقة مفرغة أخرى: فالتفكير المحتوي على معنى الخطر يولّد قلقا، والتغذية الراجعة لمشعرات القلق تؤدي إلى مزيد من الفكر الباعث على القلق. ويخطر للمريض: " أنا أشعر بالقلق، إذا لابد أنّ الموقف خطير بالفعل " (آرون بيك،2000، 164).عن طريق الاستدلال الانفعالي تتغذى المعتقدات اللاتكيفية التي من خلالها يتم التعامل مجددا مع أنواع المثيرات الداخلية أو الخارجية.

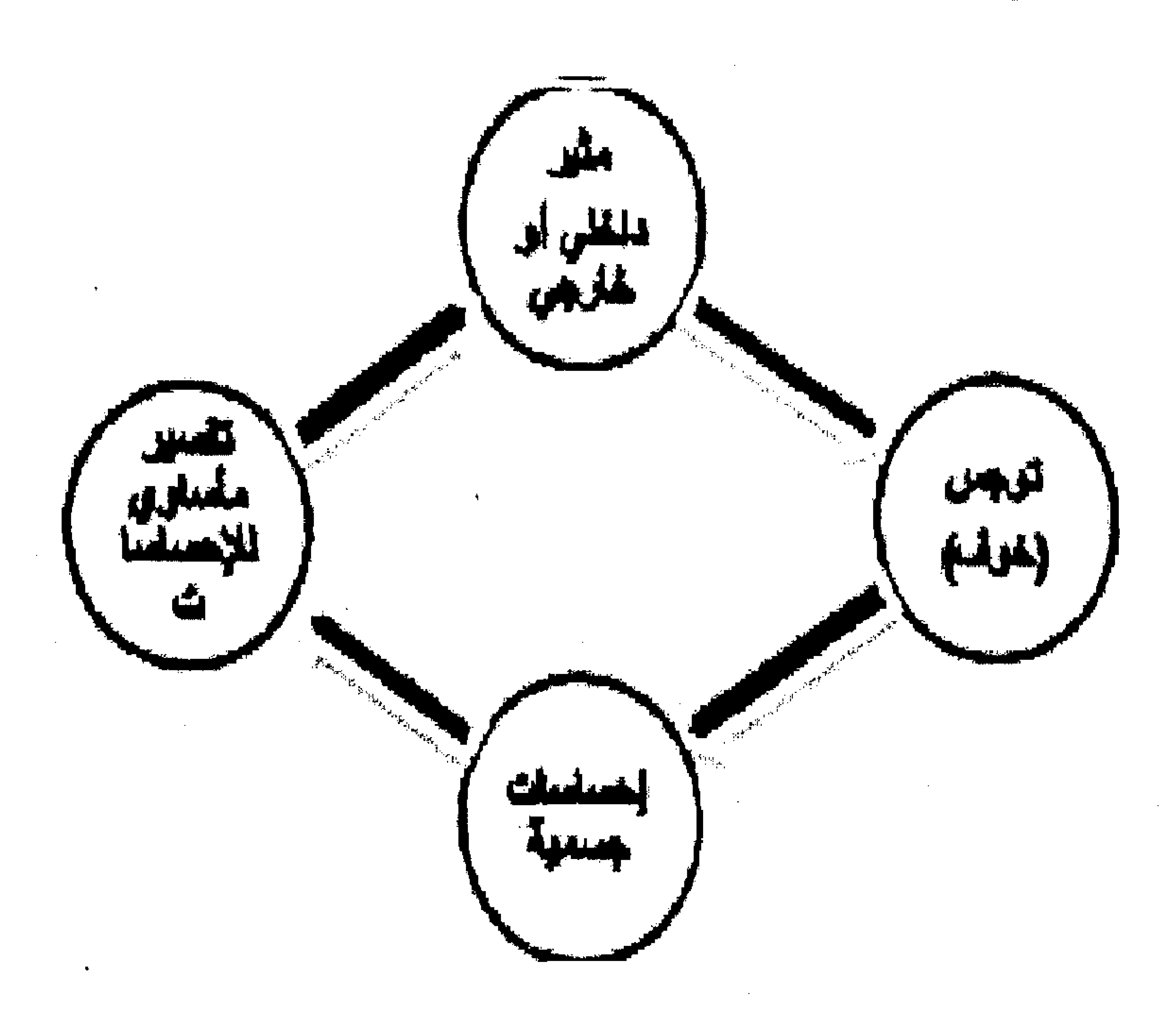
2.2.3. نموذج كلارك (Clarck,1986):

وهو نموذج معرفي لتفسير الهلع، والذي يفترض أن نوبات الهلع تنتج من التفسير الكوارثي لأحاسيس جسمية معينة مثل سرعة ضربات القلب، ضعف التنفس، والاختناق.

ومن أمثلة التفسير الكوارثي شخص صحيح يرى سرعة ضربات القلب كدليل على أزمة قلبية محتملة، تشير الدائرة المفرغة للنموذج المعرفي إلى أن العديد من المثيرات الخارجية، أو المثيرات الداخلية (الأحاسيس الجسمية، الأفكار أو التصورات) تستثير حالة من الخوف المرتقب إذا كانت هذه المثيرات قد تم النظر إليها أواعتبارها تهديدا.

من المفترض أن هذه الحالة تصاحبها أحاسيس جسمية مخيفة، والتي تزيد من الخوف المرتقب، وحدة الأحاسيس الجسمية إذا ما تم تفسيرها بطريقة كوارثية (Clarck D,1986).

وتنطوي هذه التفسيرات المأساوية على إدراك أن هذه الإحساسات أكثر خطرا مما هي عليه فعلا، وخصوصا اعتبار هذه الإحساسات مؤشرا على قرب حدوث معضلة جسمية أو عقلية، والشكل الموالي يوضح كيف يقع الفرد فريسة دائرة مغلقة تجعله حبيس اضطراب الهلع.



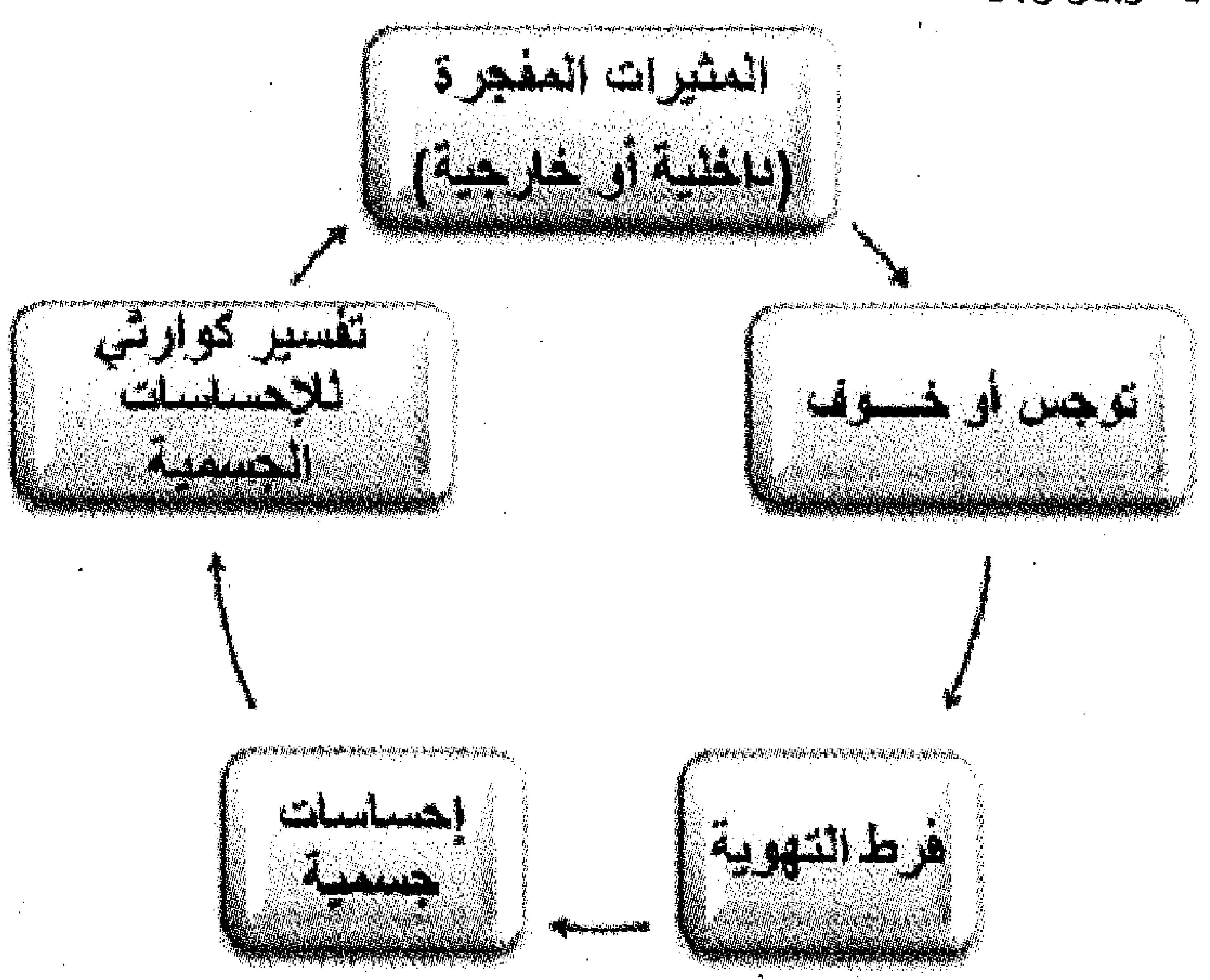
الشكل رقم (5) يوضح الدائرة المغلقة لاضطراب الهلع(المحارب،2000، 264)

ولقد أبلغ المرضى أن حالة الهلع التي يصابون بها تنتج عن تأويلهم الخاطئ لأعراض القلق المتصاعد -على أنها أعراض نوبة قلبية، أو حالة جنون أو إشراف على الموت، كما أبلغوا أن القلق نفسه قد يتسبب في ضيق التنفس، وآلام في الصدر، تسيل العرق. لذا فعندما يؤولون تلك الأحاسيس والأعراض الجسمانية العادية على اعتبارها نوبة قلبية وشيكة، فإنها تصبح أكثر وضوحا وسفورا، وذلك لأن إساءة التأويل قد حولت حالة القلق التي انتابتهم إلى حالة من الرعب والهلع، وهكذا تتواصل تلك الدائرة المفرغة حتى تؤدي إلى نوبة هلع عاتية (مارتن سيليجمان،2004،80).

وبهذا المنطق أجاب عالم النفس البريطاني **دايفيد كلارك**، عن كيف يتعرض الناس إلى نوبات هلع غير متوقعة حيث اعتبر أنهم يفسرون بطريقة خاطئة وكوارثية الأحاسيس الجسدية التي تكون آمنة تماما في الحقيقة، إذ إن مجرد الظن بأن الكلاب خطيرة يمكن أن يؤدي إلى الهلع والخوف عند رؤية الكلاب. والظن بأن أعراضا بدنية معينة مثل تسارع دقات القلب والدوار وضيق التنفس هي أعراض خطيرة، يمكن أن يؤدي إلى الهلع والخوف كلما عانى الشخص من تلك الأعراض، وبالطبع فإننا جميعا يمكن أن نعاني من تلك الأعراض من حين إلى آخر لأسباب ليست **خطيرة البتة**. وإذا كنت تخشى تلك الأعراض أو تفسرها على أنها دليل على الخطر فمن المنطقي أن تخاف وتهلع عند حدوثها (مارتن وراندي ،2008، 20).

ولقد أكد كلارك وسالكوفيسكس على التفاعل بين العوامل النفسية والبيولوجية، فنوبة الهلع لا توصف بأنها عفوية ولكنها تمثل نتاج نهائي لتفاعل مركب من الإحساسات الجسمية الأولية (مثل تزايد ضربات القلب) والعمليات الإنفعالية-المعرفية، ومن استجابة المريض.

وفي شكل ثريا (Illustre) يظهر لنا المخطط الموالي أن نوبة الهلع لها أصول ذات طبيعة نفسية وبيولوجية.



الشكل رقم (6) مخطط تطور نوبة الهلع حسب كلارك وسالكوفيسكس نقلا عن (Huber w,1993,76)

ومن هنا يرى كلارك أنه إذا كانت إساءة التفسير المأساوي للأحاسيس الجسمانية هي السبب وراء نوبات الهلع، فإن تغيير هذا الأسلوب في التفكير كفيل بأن يشفي من تلك الاضطرابات، وكان هذا العلاج الجديد على حد وصفه مباشرا ومختصرا.

3.2.3. نموذج بارلو (Barlow 2000):

لقد حظي المنحى النفسي البيولوجي لبارلو (Barlow,1988) باهتمام متزايد، وحيث تصاغ النوبة الهلعية الأولى نظريا في ضوء هذا المنحى باعتبارها إخفاقا في منظومة الخوف تحت مواقف الحياة المثيرة للتوتر لدى أولئك الأفراد ذوي الاستعداد للإصابة. وطبيعة القابلية الفيزيولوجية للإصابة ما زالت حتى الآن موضوعا للتساؤل، وهي تفسر على أقل تقدير باعتبارها استجابة مفرطة، أو أنها جهاز عصبي مستقل غير مستقر. (Crowe, Pauls, Noyes, & Slymen, 1983 ;Moran, & Andrews,1985, Togrsen, 1983)، ويصاغ مفهوم القابلية النفسية للإصابة باعتباره مجموعة من المعتقدات المحملة بالخوف، والتي تدور حول الإحساسات الجسمية (قد تعني سرعة ضربات القلب ذبحة صدرية، أو أنا ضعيف لدرجة أنني لا أستطيع التحكم في انفعالاتي) وحول العالم بصفة عامة (تجري الأحداث بطريقة خارجة عن التحكم)، وتبدو مفاهيم عدم القدرة على التحكم والحساسية للقلق (Reiss,Peterson, Gursky & McNally,1986) مركزية في المنظومة المعرفية لاضطراب الهلع، واضطراب الهلع المصحوب بمخاوف الأماكن المفتوحة.

ويحتمل أن تكون خبرات الحياة المتعلقة بتطور مثل هذه المنظومات قد تضمنت تحذيرات من أشخاص ذوي أهمية للفرد، تتعلق بمخاطر عضوية وعقلية من بعض الإحساسات الجسمية المعينة (أشخاص مثل الوالدين مفرطي الحماية) أو أحداث الحياة السلبية والجوهرية غير المتوقعة، والتي لا يمكن التحكم فيها (مثل فقدان الوالدين) (ديفيد بارلو وآخرون،2002، 14).

يقترح هذا النموذج مستويات مختلفة من الأسباب:

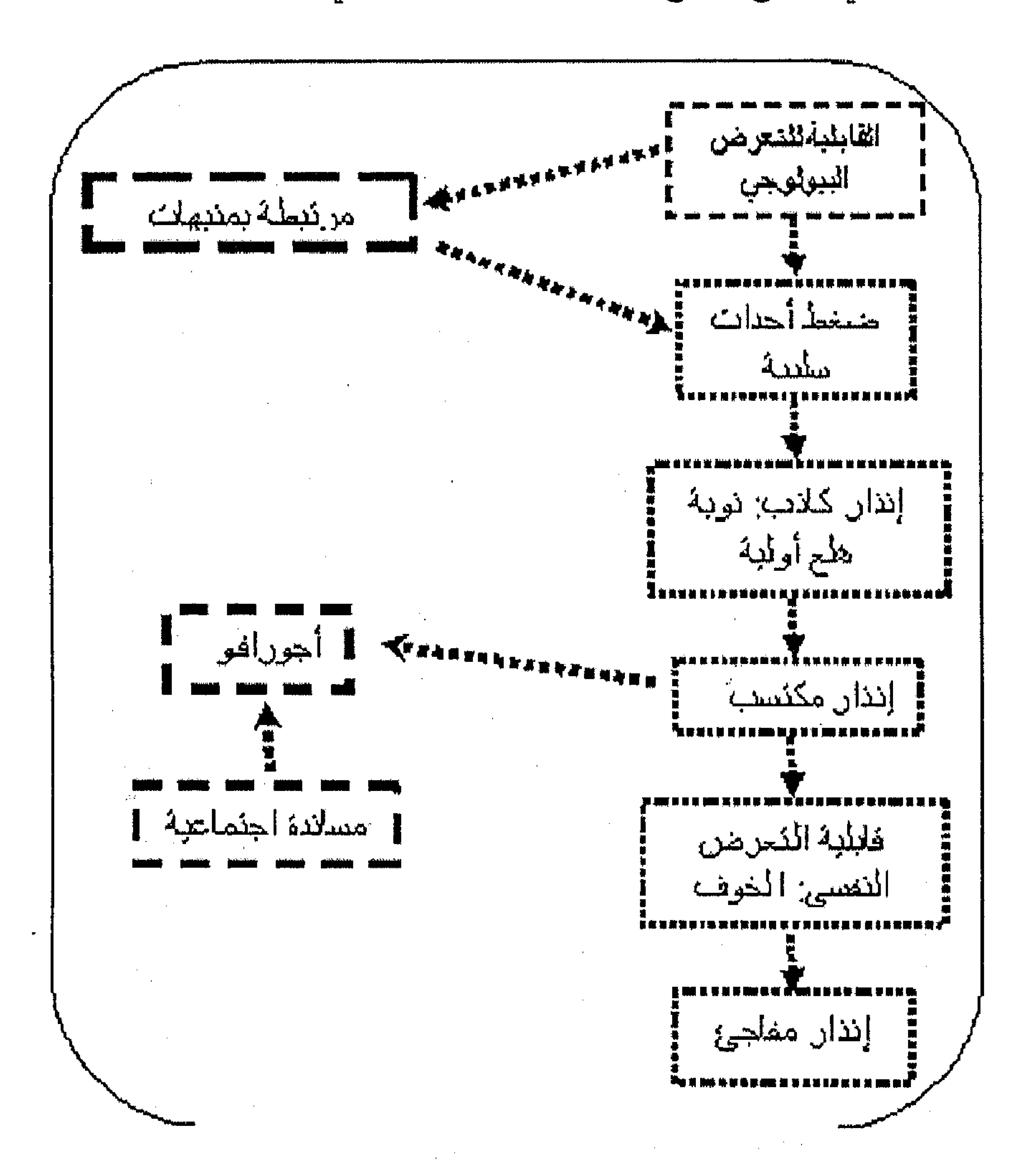
1. الاستهداف البيولوجي الوراثي، والذي لا يفسر إلا جزئيا الأصل الجيني لنوبة الهلع والخوف من الأماكن الواسعة (Kender et col,1992).

2. أحداث الحياة هذه القابلية للاستهداف يقوم بتنشيطها خلل في السلوك الذي تحدثه مواقف الحياة السلبية.

3. استجابة الضغط: إنذار حقيقي، الحدث يتبعه استجابة ضغط منتشر والذي يحفز النظام الهرموني.

4. الاستهداف النفسي: والذي يمثل مجموعة معتقدات محملة بالخوف أين يسود الاعتقاد بعدم القدرة على التحكم والضبط، ويشعر المريض أنه غير قادر وضعيف.

والشكل الموالي يوضح نموذج القابلية للاستهداف الذي وصفه بارلو.



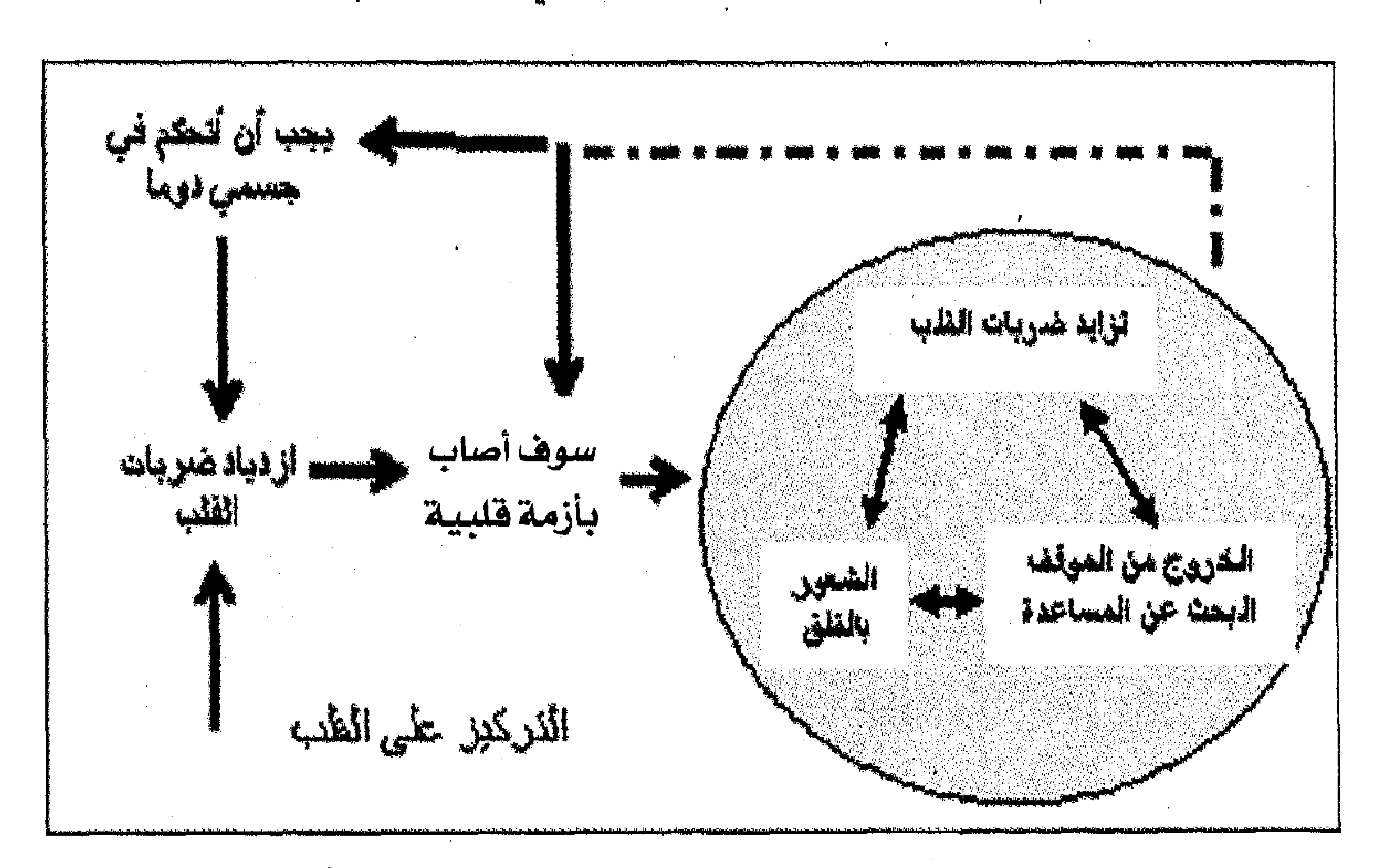
الشكل رقم (7) نموذج بارلو 1988 لاضطراب الهلع نقلا عن (Cottraux J,2001,42)

وبهذا فإن النماذج المعرفية للهلع تؤكد على الدور الذي يلعبه الميل الثابت لإساءة تفسير الإحساسات الجسمية، أو رؤية أعراض القلق على أنها أكثر خطورة عما هي عليه فعلا، فالتفسيرات المأساوية الخاطئة المتكررة لجمل من قبيل (أنا أموت)، (سوف أصاب بالجنون)، على سبيل المثال تؤدي إلى زيادة في شدة الأعراض الجسمية، والتي تؤدي إلى نوبة هلع. وتركز العلاجات المعرفية على تحديد هذه التفسيرات الخاطئة، وتقدم تفسيرات غير مأساوية أخرى للإحساسات الجسمية، وتختبر مصداقية التفسيرات الجديدة، والتعرض للإحساسات المخيفة، أو في حالة رهاب الخلاء للمواقف المخيفة المرتبطة بنوبات الهلع السابقة (ماري آن ميركر،2006، 158).

4.2.3. نموذج هوفمان (2012):

ولقد قدم هوفمان نموذجا جمع فيه عناصر متعددة تتضمن أكثر النقاط تأثيرا ي اضطراب الهلع، ويمكن الإشارة إليه في ما يلي:

انطلاقا من الفهم الدقيق لدورة القلق المعروضة في الشكل رقم (6)



الشكل رقم (8) يوضح نموذج هوفمان لفهم دورة القلق (نقلا عن هوفمان،2012،38)

على سبيل المثال، من التقييمات اللاتكيفية المماثلة لسرعة ضربات القلب ما يأتي: (سوف أصاب بأزمة قلبية)، أو مشاعر الدوار مثل "سوف يغمى عليّ" - وهذا سوف يؤدي بدوره إلى الأعراض الجسمية الزائدة، سلوكيات الاحتياج، والقلق الشخصي المرتفع، كل هذا من الممكن أن يسببه القلق وصولا إلى حالة الهلع- تلك الحالة التي تعزز من التقييمات اللاتكيفية لدى الشخص للمثير غير الضار. كما أنها تعزز المخططات لدى الفرد على أنه ضعيف، وغير قادر على مجابهة العالم الخطر، وعدم التحكم في الأحاسيس الجسمية(هوفمان ،2012، 92).

1) المثير: إحساس بسيط بتزايد ضربات القلب.

2) معتقدات لا تكيفية: لابد أنني سأصاب بنوبة قلبية.

3) عمليات الانتباه: تركيز الانتباه على أي مثير سمعي أو بصري (خارجي)، يؤكد ذلك أو التركيز على أي مثيرات داخلية (خفقان القلب، ضيق في التنفس...)

4) التقييم المعرفي اللاتكيفي: إعطاء تفسير للمثير (الموقف) بطريقة تتناغم مع المخطط (المعتقدات اللاتكيفية)" لابد أن هذا شيء قاتل، ولا يمكن السيطرة عليه "

5) - الخبرة الشخصية (الانفعال): إحساس بالخوف.

- الأعراض الجسمية: ازدياد ضربات القلب (تعرق...)

- الاستجابة السلوكية: الفرار والتجنب.

6) التغذية الراجعة: تثبيت وتأكيد المعارف اللاتكيفية (كل يوم أتأكد أن حياتي في خطر).

الشجاع ليس هو من لا يشعر بالخوف، لأن عدم الخوف أمر غير معقول، وإنما الشجاع من لديه روح نبيلة تقهر هذا الخوف.

جوانا بايللي

4. مناقشة:

على الرغم من قوة التنظير الذي طرحته النظريات البيولوجية في بداية البحث عن أسباب اضطراب الهلع مع أو بدون الأجوارفوبيا، وتقديمها لأدلة تجريبية تثبت ذلك، سواء من حيث الاستقاء النظري لشرح المفهوم أو العلاجات الدوائية التي تم تجريبها على مرضى اضطراب الهلع، والتي كان لها مفعولا في التخفيف من معاناة هؤلاء المرضى، إلا أن النماذج المعرفية قد ملأت معظم الفراغات التي كان الباحثون ينظرون إليها ويعتبرونها قصورا واضحا في تفسير هذا الاضطراب، وقدمت تسلسلا لكيفية ظهور نوبة الهلع بما لا يدع مجالا للشك أن النماذج النفسية بدت أكثر إقناعا من غيرها.

فمثلا عندما يصاب الفرد بالذعر فإن ضربات قلبه تزداد، وإذ يشعر بذلك يظن أنه سيتعرض لنوبة قلبية، وهذا بدوره يجعله أكثر قلقا، الأمر الذي يزيد من خفقان قلبه، مما يزيد من يقينه بتعرضه لنوبة قلبية، فيبدأ بالتالي في الإحساس بالذعر والهلع، ويأخذ العرق يتصبب من وجهه، ويصاب بالغثيان، وباحتباس النفس، وهي كلها أعراض الهلع المعروفة، إلا أنها بالنسبة للفرد تأكيد لهاجس الإصابة بنوبة قلبية، بينما حقيقة الأمر أن نوبة هوجاء من نوبات الهلع قد أصابته، والسبب وراءها هو التأويل الخاطئ لأعراض القلق على أنها أعراض موت محدق.

وهذه النظرية النفسية يمكنها أن ترد على معظم الأدلة البيولوجية بصورة جيدة.

- حيث ينجم عن الحقن بلكتات الصوديوم الإصابة بحالة الذعر، لأنها تزيد من سرعة ضربات القلب، كما أنها تسبب الأحاسيس الجسمانية التي يخطئ الفرد في تأويلها بدوره على أنها كارثة توشك أن تحل به.
- يمكن القول بأن حالات الهلع في جانب من جوانبها ذات أصل وراثي – تتدخل فيها العوامل الوراثية – وذلك لأن الأحاسيس الجسمانية الملحوظة مثل خفقان القلب في نشأتها وراثية، وليس لأن الهلع نفسه وراثي بشكل مباشر.
- مناطق الدماغ التي تحول دون تهدئة أو تخفيف حدة القلق نشطة، وذلك لأن هذا النشاط هو في حد ذاته عرض من أعراض الهلع.

- يحد تعاطي العقاقير من الإحساس بالهلع، وذلك لأنها تخفف من حدة الأحاسيس الجسمانية التي تؤول على أنها أزمات قلبية (مارتن سيليجمان،2004، 76).

وهذا النموذج يفسر النجاح المبدئي في العلاج الدوائي لأن أي علاج يقلل من تكرار التقلبات الجسمية يقلل أيضا من المثيرات الممكنة لنوبة الهلع.

ومع ذلك متى يتم سحب العلاج الدوائي فمن المحتمل أن ينتكس المريض إلا إذا كانت ميول المريض نحو تفسير الأحاسيس الجسمية بطريقة كوارثية قد تغيرت أيضا (هوفمان، 2012، 91).

أي أن العلاج و المكاسب العلاجية طويلة المدى لا يمكن أن تتأتى في هذا الإطار إلا بتدخل معرفي يعدل من التفسير الكوارثي للأحاسيس الجسمية التي يخبرها المريض وقت النوبة.

وبغض النظر عن ما ذكرته الدراسات التتبعية حول المفعول الجانبي لتعاطي الأدوية النفسية في هذا السياق، وخاصة العامل السمي وعامل الاعتمادية الذي يمكن أن ينتج عن تعاطي الأدوية، وخاصة بالنسبة لاضطراب الهلع فإن الخطورة تتمثل في أن نوبات الهلع ستعود بمجرد وقف الدواء (Michelson and Marchione,1991)، ويستطيع بعض العملاء أن يطوروا نوبات هلع إذا وجدوا أنه عليهم مثلا ترك المنزل دون تناول الدواء (ليندزاي وبول، 2000، 213).

كما يؤكد كوترو (Cottrausc J, 2001,41) أن هناك العديد من الأدلة التجريبية لصالح النموذج المعرفي لنوبات الهلع، النموذج النفسي والعيادي هو بالتأكيد أكثر إقناعا من النموذج البيولوجي الصرف، لأنه يمكن استثارة نوبات هلع باستخدام عوامل كيميائية مختلفة (اللكتات، ثاني أكسيد الكربون، إزوبرينالين، كولسيستوكنين)، أو بالتحكم تجريبيا في متغيرات نفسية.

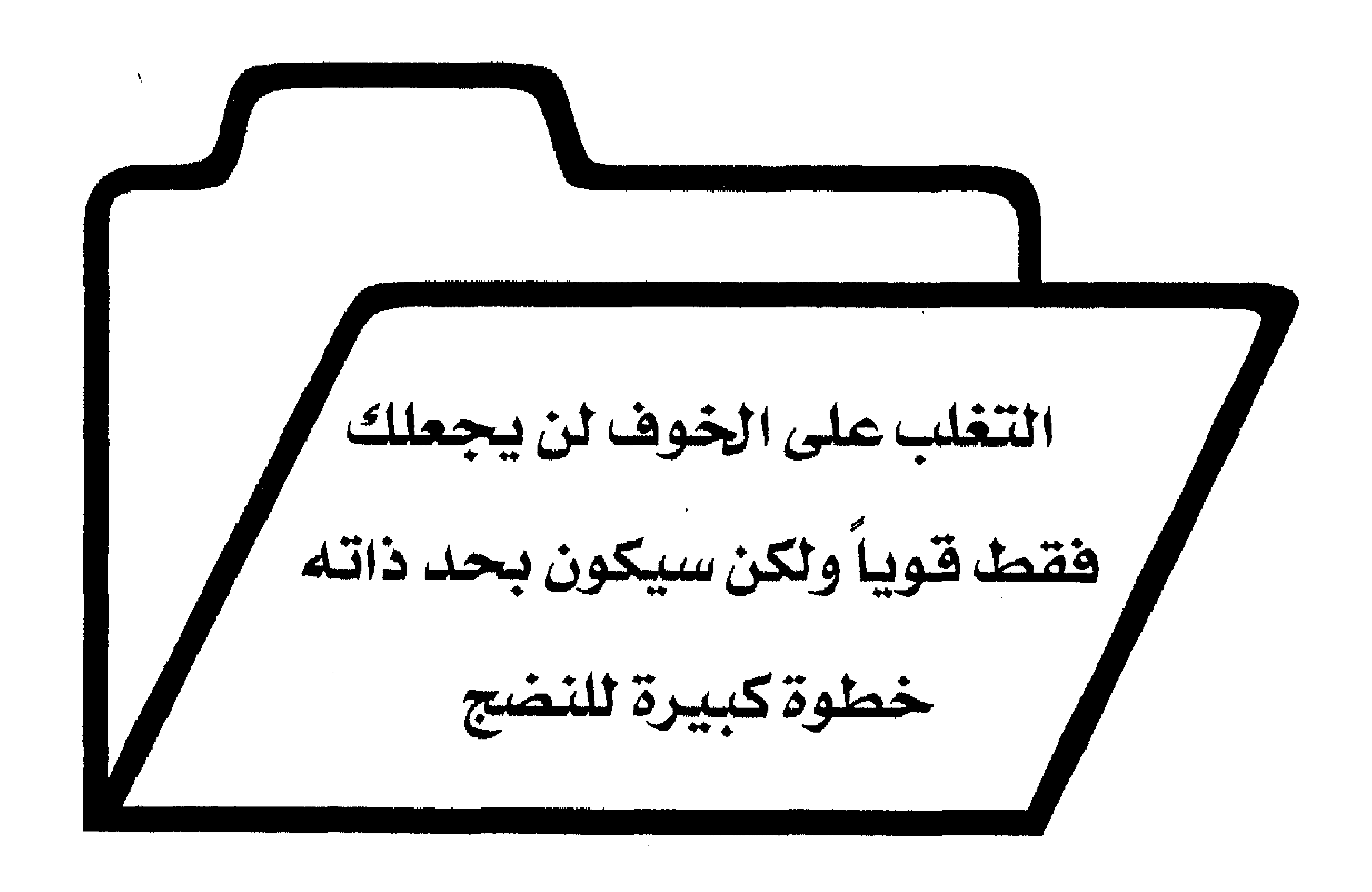
وفي الواقع فإن وهم التحكم الذي يمكن أن يمتلكه المريض أو لا يمتلكه يصبح عنصرا نفسيا أساسيا للاستثارة الكيميائية لنوبة الهلع كما هو الحال بالنسبة لدراسة أجراها سندرسون الذي عرّض (20) مريضا لاستنشاق (5%) من (co2)، حيث قسّمهم إلى مجموعتين، الأولى تتكون من (10) أفراد أخبروا أنه باستطاعتهم التحكم في بداية

بينما لا تملك المجموعة الثانية (10 أفراد) نفس الإمكانية وقد أسفرت النتائج عن CO_2 تكرار نوبات الهلع للمجموعة الثانية أكثر بشكل جوهري من المجموعة الأولى.

وتؤكد هذه التجارب وغيرها دور العوامل النفسية (كمسببات) لاضطراب الهلع واستمراره وبالتالي فعالية التدخلات العلاجية النفسية التي تعتبر آمنة مقابل استخدام الأدوية في علاج هذا الاضطراب.

فهناك شبه إجماع بين المعرفيين السلوكيين المهتمين باضطراب الهلع على اعتبار النموذج المعرفي لاضطراب الهلع الذي طوره كلارك (Clark,1988)، والذي أظهرت نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال فعاليته في علاج الهلع النموذج الأمثل وفقا للمنظور المعرفي السلوكي.

وتبقى الدراسات مستمرة في هذا الإطار لمنح مرضى اضطراب الهلع إمكانية الفهم والتدخل العلاجي السريع والفعال للحد من معاناتهم.


التغلب على الخوف لن يجعلك
فقط قوياً ولكن سيكون بحد ذاته
خطوة كبيرة للنضج

الفصل الرابع

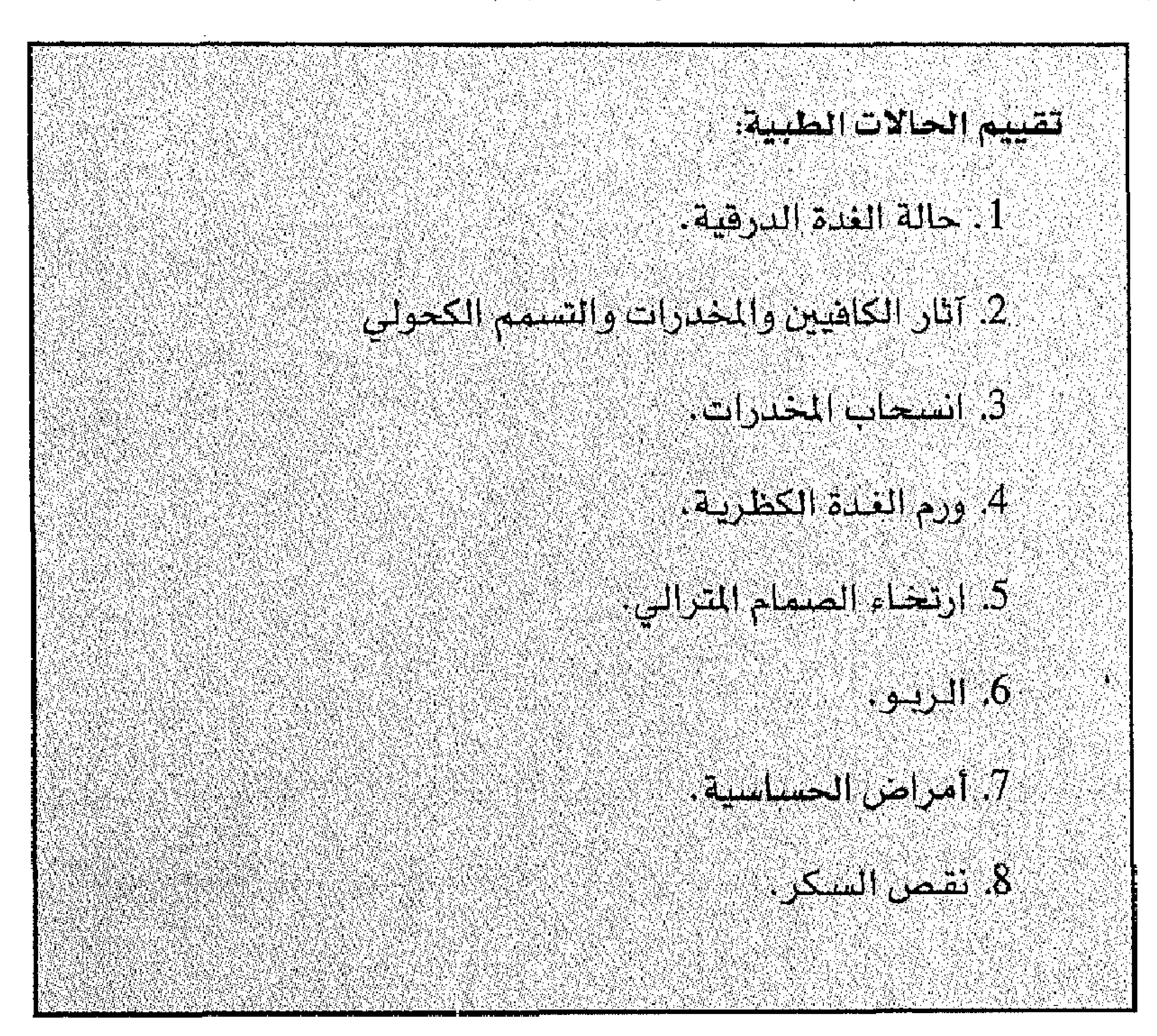
تقييم وقياس الهلع

1. التقييم الطبي.
2. المقابلة التشخيصية المقننة.
   1.2. نموذج استمارة جمع المعلومات.
3. المراقبة الذاتية
4. بطارية التقرير الذاتي المقننة.
5. الاختبار السلوكي.
6. القياس الفيزيولوجي.
7. نماذج مقاييس اضطراب الهلع.
   1.7. مقياس جون كوترو.
   2.7. مقياس الهلع لحسين فايد.
   3.7. مقياس الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع لزينب شقير.
8. مراحل تقييم اضطراب الهلع.

1. التقييم الطبي:

هناك حالات طبية عامة يتم فحص المريض للكشف عن إمكانية إصابته بها، و مدى تأثيرها عليه، ولقد عرض لنا ديفيد بارلو (2002) الحالات التي يتم فحصها والمعروضة في الجدول الموالي.

جدول رقم (2): يتضمن تقييم الحالات الطبية حسب (ديفيد بارلو،2002، 29)



تقييم الحالات الطبية:

1. حالة الغدة الدرقية.
2. آثار الكافيين والمخدرات والتسمم الكحولي
3. انسحاب المخدرات.
4. ورم الغدة الكظرية.
5. ارتخاء الصمام الترالي.
6. الربو.
7. أمراض الحساسية.
8. نقص السكر.

وعادة ما ينصح بصفة عامة إجراء تقييم طبي حول النقاط سالفة الذكر وعلاج هذه الحالات قبل تحديد التشخيص النهائي لاضطراب الهلع، ويمكن الإشارة إلى أن هذه الحالات تعمل كذلك على تفاقم اضطراب الهلع.

2. المقابلة التشخيصية المقننة:

وهي نوع من أدوات التقييم الذي يحتوي على أسئلة مكيفة وفق محكات تشخيصية معينة، ومصطلح مقننة يشير إلى أن الأسئلة موحدة، وتطرح بالترتيب نفسه في جميع المقابلات، كما تصحح إجاباتها بطرق موحدة أيضا (تيموثي ج.ترول، 2007،107).

وتكمن قيمة المقابلة المقننة في إسهامها في التشخيص الفارق، الذي يتسم بالثبات، وبالتقييم النظامي للقضايا ذات الأهمية في أي تحليل وظيفي للاضطراب(ديفيد بارلو،2002،28).

1.2.نموذج استمارة جمع المعلومات:

قدمت دينيس بيكفيلد (2004) تصميما لمقابلة مقننة بغرض تشخيصي يمكن من التعرف على المعايير التشخيصية للاضطراب، وشدته وتكراره، ومدى تأثيره على حياة المريض نعرضها فيما يلي:

نوبات الهلع التي وقعت لي:

- ما هي أولى نوبات الهلع التي تذكرها (متى؟ أين):

....

....

- أي أعراض تضمنتها تلك النوبة؟

....

....

- هل كنت تشعر بقلق وتوتر كبيرين؟ لماذ؟

....

....

- هل كنت تعرف ما الذي حدث؟

....

....

- بعد تلك النوبة، هل اختفت نوباتك لبعض الوقت، أم استمرت؟

....

....

● ما هي أسوأ نوبات الهلع التي مررت بها؟

....

....

● كم مرة تحدث لك نوبات الهلع في الأسبوع؟

....

....

● متى تحدث نوبة الهلع؟

....

....

● متى تزداد سوءا وحدَة؟

....

....

● بسبب نوبات الهلع أصبحت هناك أمورا لم تعد تقوم بها، وأماكن لم تعد تذهب إليها، أو تذهب فقط عندما تكون هناك ضرورة ملزمة، فمثلا أصبحت أتحاشى

....

....

● هناك كثير من الأنشطة التي اعتدت الاستمتاع بها باتت أقل إمتاعا، وذلك بسبب تخوفي من التعرض لنوبة، أو صرت أجري بعض التغييرات حتى يمكنني المشاركة، فمثلا:

....

....

● أصبحت أخاف عندما أواجه بـ: ....

● لقد لاحظت تغييرات شاملة في مزاجي وشخصيتي، وكذلك في مستوى ثقتي، وفي إحساسي بالصحة الجسمانية منذ أن بدأت النوبات تحدث لي، وكان أسوأ

التغييرات التي حدثت لي: ....

....

● أشعر أيضا كما لو أن تعرضي لنوبات الهلع قد أدى إلى تغييرات في علاقاتي مع أسرتي، وأصدقائي، منذ أن بدأت معي النوبات حدث أن:

....

....

● لقد بذلت كل ما في وسعي للتغلب على نوبات الهلع، وفيما يلي الخطط التي أتبعها أو اتبعتها في الماضي: ....

....

● أكثر الوسائل التي أفادتني في إدارة النوبات أو محاولة منع حدوثها هي:

....

....

● لقد أمضيت وقتا طويلا في التساؤل حول السبب الذي يجعلني أصاب بهذه النوبات، والآن أصبحت أعتقد أن السبب هو:

....

....

● لدي الكثير من الأشياء التي أحب أن أقوم بها عندما أتغلب بصورة نهائية على النوبات، وأعظم أحلامي التي أرجو تحقيقها بمجرد الانتهاء من مشكلة نوبات الهلع هي: ....

....

3. المراقبة الذاتية:

تسهم المراقبة الذاتية في توفير وعي ذاتي أكثر موضوعية، وتؤدي إلى عائد موضوعي من حيث التحسن، والمواد المفيدة لمناقشة المبادئ المعرفية والسلوكية في جلسات العلاج.

ويتم تسجيل مرات حدوث الهلع، والقدرة التي يستغرقها، والسياق الذي تحدث فيه، وأعراضها، وذلك باستخدام سجل نوبات الهلع، ويتعين إكمال هذا السجل في أسرع وقت ممكن بعد حدوث نوبة الهلع، وبالتالي يتعين أن يحمله الشخص في جيبه، وتلاحظ مستويات القلق اليومية والاكتئاب، والقلق من حدوث الهلع باستخدام سجل المزاج اليومي، ويستكمل هذا السجل في نهاية كل يوم. وأخيرا يمكن تسجيل الأنشطة اليومية في مفكرة، أو بمراجعة الأنشطة التي أكملت ووضعت علامة عليها في قائمة لمخاوف الأماكن المفتوحة (ديفيد بارلو، 2002، 30).

راقب افكارك، فهي تتحول إلى كلمات،
راقب كلماتك، فهي تتحول إلى أفعال،
راقب أفعالك فهي تتحول إلى عادات،
راقب عاداتك فهي تكون شخصيتك،
راقب شخصيتك لأنها ستكون مصيرك.

قراتك أوتلو

الجدول رقم (3): يتضمن سجل أعراض نوبة الهلع

* التاريخ:.................. * وقت البدء:.................. * الوقت المستغرق بالدقائق:..........
* منفرد:.............. * مع صديق:.............. * مع غريب:.............. * مع العائلة:..........
* مثير للتوتر؟: نعم / لا...
* متوقع؟: نعم/ لا...
* أقصى درجة من الخوف:...

8	7	6	5	4	3	2	1	0
حاد		قوي		متوسط		بسيط		لا يوجد

ضع خطا على أول عرض تشعر به، ثم ضع علامة على كل عرض

* موجود:...
* صعوبة التنفس:.................... * إحساسات بالحرارة/ البرودة:....................
* تسارع ضربات القلب:.................... * خدر/ وخز:....................
* إحساس بالصدمة:.................... * شعور بعدم الواقعية:....................
* عرق:.................... * عدم اتزان/ دوار/ إغماء:....................
* ارتجاف/ قشعريرة:.................... * خوف من الموت:....................
* غثيان/ تقلصات معوية:...
* خوف من فقدان السيطرة على النفس/ الجنون:..
* آلام صدر/ مشاعر عدم راحة:...

نقلا عن (ديفيد بارلو وآخرون، 2002، 34).

4. بطارية التقرير الذاتي المقننة:

يقترح هنا أن يقوم الأخصائي الإكلينيكي أثناء تقديره أو قياسه للخوف بتسجيل كل من خبرة العميل وتوقعاته للخوف. ويمكن توجيه سؤالين للعميل، عندما يكون في طريقه لمواجهة موقف معين سواء تخيلي أو واقعي:

1. ما مقدار قلق المفحوص الآن؟ (يجيب المفحوص عن مقياس تقديرات)
2. ما مقدار الكفاءة التي يتوقع المفحوص أن يتغلب بها على الموقف؟ (يجيب المفحوص عن مقياس تقديرات).

ويتعين بالإضافة إلى ذلك بالنسبة لمخاوف معينة أن يسجل العميل أفكاره السلبية في سجل يومي، وفي وقت تعرضه لأكبر قدر من الخوف. (ليندزاي س،2000، 180).

تسمح التقارير الذاتية المقننة بتقديم معلومات هامة لتخطيط العلاج، وكذلك تشكل مؤشرات هامة وحساسة للتغيرات العلاجية، وهناك عدة نماذج يمكن الحصول على

معلومات أكثر تحديدا حول أي الإحساسات الجسمية على وجه الخصوص هي التي تؤدي إلى القدر الأكبر من الخوف، وأي التقييمات الخاطئة هي التي يكثر ظهورها، من خلال اختبارات الإحساسات الجسمية والمكونات المعرفية في مخاوف الأماكن المفتوحة. وتتضمن مقاييس سمة القلق بطارية حالة وسمة القلق (Spielberger, Gorsuch, Lu-shene , Vagg, & Jacobs,1983)، وبطارية بيك (Beck) للقلق (Beck,Epstein, Brown, & Steer, 1988) (ديفيد بارلو،2002،33).

5. الاختبار السلوكي:

يحتاج الإكلينيكي لاستخدام الاختبارات السلوكية كلما كان ذلك ممكنا حيث يقيس قدرة المفحوص على تحمل تجنب المواقف، وذلك قبل وأثناء وبعد العلاج.

ويتم ذلك من خلال استخراج سلسلة من المواقف يتم تنظيمها في تدرج بواسطة العمل على مقياس مركب يرتبط مباشرة مع درجة القلق الذي يستثيره الموقف.

ومن ثمَ يصف العميل المواقف التي تثير فيه أكبر قدر من المعاناة مثل الوقوف في صف طويل، أو في مركز تجاري مزدحم، ويعد تحمل هذا الموقف أحيانا الهدف النهائي للعلاج. ويتم التدرج تنازليا في أنواع المواقف لتصل إلى أقل المواقف المثيرة للقلق.

وأهم ما في الاختبار السلوكي هو معرفة أي من هذه المواقف يمكن للعميل معالجته، وعلى الأخصائي النفسي أو معاونه أو أحد أفراد أسرة العميل أن يلاحظوه في المواقف الحية، ويتمكن العميل أن يقدم تقديرا أكثر دقة بما يشعر به أكثر مما هو عليه الحال عندما يكون في العيادة.

6. القياس الفيزيولوجي:

كانت البيانات النفسية الفيزيولوجية للتوصيل الجلدي، ومعدل ضربات القلب على وجه الخصوص من الأشياء المفضلة، لأن مثل هذه المتغيرات يمكن تسجيلها بشكل مستمر للمفحوص في المواقف، التي قد يكون من الصعب الحصول فيها على تقارير لفظية عن القلق، على الرغم من محاولات كثيرة جرت لتحديد كيف يتعلق النشاط الفيزيولوجي بالمتغيرات الأخرى المهمة في الخوف، وحتى الآن لم تتقرر قيمة جمع بيانات فيزيولوجية بشكل روتيني في العمل الإكلينيكي. يضاف إلى ذلك أن تسجيل بيانات فيزيولوجية غير زائفة من الأمور الصعبة والمكلفة في الممارسة الإكلينيكية (ليندزاي، 2000،172).

لا تعد المقاييس الفيزيولوجية أدوات عملية بالنسبة للإكلينيكيين غير أنها يمكن أن توفر معلومات مهمة، لذا يمكن للتضارب الذي وصف من قبل بين التقارير الخاصة بالأعراض والآثار الفيزيولوجية الحقيقية أن يخدم على وجه الخصوص بوصفه إيضاحا علاجيا لدور الانتباه والمعرفة في استحداث الأعراض.

وبالمثل يوفر التسجيل الواقعي تأكيدا على عدم وجود الخوف، مثال ذلك: أشعر أن قلبي يسرع لدرجة أنه سينفجر، أو أنا متأكد أنّ ضغط دمي مرتفع للغاية لدرجة أنني سأتعرض لجلطة في المخ في أي لحظة. وأخيرا فطالما أن المستويات القاعدية للاستثارة الفيزيولوجية تميل إلى الارتفاع لدى الأشخاص القلقين فستكون مقاييس حساسة لفعالية العلاج (ديفيد بارلو،2002،37).

7. نماذج مقاييس اضطراب الهلع:

أكد كل من بيك وجرينبرج (Beck & Greenberg,1988) أنه يمكن تقييم معتقدات الهلع والمخاوف بواسطة مقياس (استبيان) نطبقه على مرضى الفوبيا، وتبدو المعتقدات متضمنة عدة موضوعات أساسية:

- القابلية للتعرض للخطر(أنا معرض للخطر).
- التصعيد (سوف تتفاقم تلك الأعراض إلى شيء أسوأ).
- العجز عن التكيف (لا أستطيع التحكم في الأعراض أو التكيف مع المشكلة بمفردي).

1.7. مقياس جون كوترو:

ولقد قدم كوترو (1993) مقياسا لتقييم المخاوف ونوبات الهلع واضطراب القلق العام (Echelle D'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée (PPAG 1993)). وهذا المقياس يتضمن أربعة أبعاد أساسية:

- فوبيا -1- (مقدر من 0 ———— 8 تبعا للقلق).
- فوبيا -2- (مقدر من 0 ———— 8 تبعا للقلق).
- تكرار النوبات الهلعية (مقدر بين 0 ———— 8 بحسب عدد نوبات الهلع التي حدثت خلال الأسبوع الماضي السابق للتقييم).
- قلق عام (مقدر من 0 ———— 8 حسب القلق الذي يشعر به في الأسبوع السابق للتقييم.

2.7.مقياس الهلع لحسين فايد:

قام حسين فايد (2007) ببناء مقياس للهلع يتناسب مع البيئة العربية، فقد طبقه على عينة من المجتمع المصري بلغت (160) طالبا وطالبة تراوحت أعمارهم بين (18) و (22) سنة، بمتوسط عمري مقداره (20,13) سنة، وانحراف معياري مقداره (1,78) سنة.

وقد تكون المقياس من (30) بندا ، في البداية حذف منها سبعة بنود بعد عرضه على مجموعة من المحكمين، فأصبح طول المقياس (23) عبارة عدلت وصيغت بطريقة مبسطة. بعد حساب الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس تراوحت معاملات الارتباط بين (0,21) و (0,65) وقد تم حذف بندين ليصبح المقياس مكونا من (21) فقرة.

3.7. مقياس الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع لزينب شقير (2005):

لبناء مقياس الهلع قامت زينب شقير بالخطوات التالية:

أ. تم صياغة (48) عبارة لقياس الهلع، وذلك بناءا على معايير (D.S.M– IV,1994).

ب. وبعد حساب خصائصه السيكومترية (صدق وثبات) أصبح المقياس يتشكل من (30) فقرة تمثل ستة عوامل هي:

1. العامل الأول: العامل العام للهلع..
2. العامل الثاني : عامل الأعراض السوماتوسيكولوجية.
3. العامل الثالث : المظاهر الانفعالية.
4. العامل الرابع : الأعراض الفيزيولوجية و الجسمية.
5. العامل الخامس: قلق الموت بنوده.
6. العامل السادس:المظاهر السلوكية العدوانية.

8. مراحل تقييم اضطراب الهلع: لقد لخص ليندزاي (2000) مراحل وخطوات تقييم اضطراب الهلع وتقييم الخوف من الأماكن الواسعة والتي يمكن عرضها فيما يلي:

الجدول رقم (4)، يمثل ملخص تقييم اضطراب الهلع (ليندزاي، 2000، 185)

1. استخدام مفكرة: تسجيل يومي لحدوث / أو عدم حدوث هلع، وتقدير درجة شدته (على مقياس من1-10) وفترة دوامه، تسجيل وقت حدوثه خلال اليوم كذلك والظروف والنتائج المترتبة على حدوثه.

2. قبل بدء العلاج، ولوصف وتشخيص اضطراب الهلع (راجع الدليل التشخيصي الثالث المعدل)، واستخدام اختبار نوبات الهلع، إذا كان ذلك ضروريا

3. لتقييم التأثيرات على الهلع قبل وبعد العلاج: استخدم مؤشر الحساسية للقلق واختبار العوامل المعرفية في الهلع.

4. استخدم قبل وبعد العلاج اختبار أعراض الهلع.

5. استخدم اختيار الاستثارة قبل وبعد العلاج لإعادة إنتاج الأعراض المشابهة لتلك الموجودة في الهلع، مثل الإفراط في التنفس (30 مرة تنفس أو أكثر في الدقيقة لمدة ثلاث دقائق)، أو اختبار للتمرينات.

6. ضع سجل مخصص لتسجيل الأداء المعرفي وظروفه، وتحديات المريض لعينات من الهلع.

الجدول رقم (5)، يمثل ملخص تقييم الخوف من الأماكن المفتوحة(ليندزاي، 2000، 186)

1. استخدام مفكرة لتسجيل الحدوث/ عدم الحدوث اليومي للهلع (تعريفه يتم بالاتفاق مع المريض)، وتقدير شدته (على مقياس من 1-10)، وفترة دوام كل نوبة، ويسجل أيضا الوقت من النهار، والظروف والنتائج المترتبة على حدوثه.

2. استخدام مفكرة، تسجيل يومي للأنشطة التي تمت، والأماكن التي تمت زيارتها، ومع من كانت الزيارة.

3. قم بتصنيف تفصيلي متدرج خلال جلسة مقابلة للمواقف المثيرة للخوف.

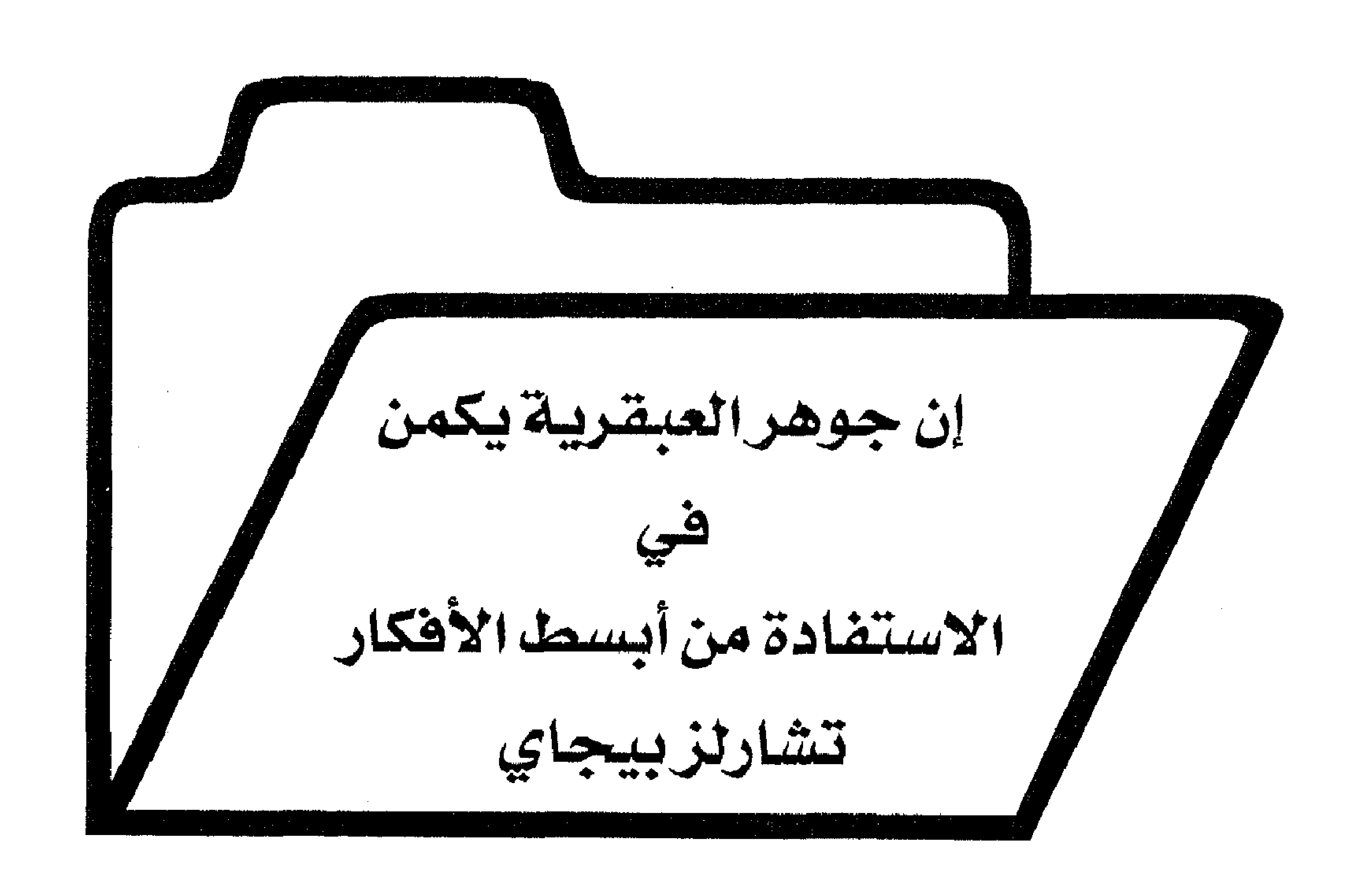
4. استخدم مقياس مخاوف الأماكن المفتوحة.

5. استخدم كمؤشر للتأثير على مخاوف الأماكن المفتوحة قبل وبعد العلاج، مؤشر الحساسية للقلق.

6. استخدم الاختبار السلوكي قبل وبعد العلاج مثال ذلك إلى أي مدى يستطيع المريض السير في شارع ما في فترة الظهيرة مثلا.

7. سجل حالة القلق قبل وأثناء كل اختبار سلوكي.

وفي الخلاصة يمكن القول أنه على الأخصائي النفسي أن يتحرى الدقة والعلمية والتأني في تقدير وتقييم وقياس اضطراب الهلع، خاصة أن هذا الاضطراب يظهر عبر مجال واسع من الاضطرابات الوجدانية الأخرى من مثل اضطراب المخاوف المحددة، واضطراب القلق العام والوسواس القهري واضطراب الضغوط التالي للصدمة، وكذلك المخاوف الاجتماعية، بحيث يمكن لمن يعاني من أحد هذه الاضطرابات أن يظهر نوبة هلع خلال مسار معاناته فيعايش خبرة الهلع، الأمر الذي يتطلب كفاءة وخبرة وحدسا إكلينيكيا فائقا يمكن تطويره بالممارسة المكثفة والتدقيق العلمي المتجدد.


إن جوهر العبقرية يكمن
في
الاستفادة من أبسط الأفكار
تشارلز بيجاي

علاج اضطراب الهلع

1. العلاج الدوائي.

2. العلاج المعرفي السلوكي.

1.2. تطبيق العلاج المعرفي السلوكي.

2.2. استراتيجيات التدخل.

1.2.2. تقنيات إدارة نوبة الهلع.

2.2.2. الاسترخاء.

3.2.2. التعرض للمواقف المثيرة للقلق.

4.2.2. التقنيات المعرفية.

3. مقارنة العلاج المعرفي بالعلاج بالعقاقير.

4. الدعم التجريبي لعلاج اضطراب الهلع.

5. الإسعافات الأولية لنوبة الهلع.

علاج اضطراب الهلع

تتعدد العلاجات المختلفة التي قدمت لمرضى اضطراب الهلع ما بين علاجات دوائية (ومازالت تقدم)، وما بين العلاجات النفسية خاصة العلاج المعرفي السلوكي، وإن هذا النوع من العلاج قد حقق العديد من محاور النجاح، وقد شفي تماما ما بين (50% إلى 80%) من هؤلاء المرضى، إلا أننا يجب أن ننوع من أساليب العلاجات النفسية خاصة، وأن الهلع قد يأتي مرافقا لرهاب الأجورافوبيا أو دونه (محمد غانم، 68،2008).

1.العلاج الدوائي:

تعد الأدوية ثلاثية الحلقات (Antidépresseurs Tricycliques) واحدة من مضادات الاكتئاب التي أجريت عليها دراسة جيدة لعلاج الهلع، وهذا ببساطة لكونها المجموعة الأكثر فاعلية في علاج ذلك، وتشتمل بعض الأدوية المعينة في مجموعة الأدوية ثلاثية الحلقات على أدوية فعالة لمعالجة الهلع مثل إمبرامين وكلومبرامين (أنفرانيل) (Ballenger JC,1994).

والدواء الثالث فينيلزين (نارديل) من مجموعة من مضادات الاكتئاب التي تسمى الماو (IMAO) مثبط أكسيديز الأمين الأحادي الذي يكون فعالا في علاج الهلع، ويقترح الاستخدام التحليلي والدراسة غير المنظمة أن مضادات اكتئاب أخرى من هاتين المجموعتين قد تكون فعالة في معالجة الهلع، وتشتمل هذه المضادات على دسبرامين (نوربرامين) ونورتريتيلين (باميلور) من مجموعة الأدوية ثلاثية الحلقات وترانيلسيبرومين (بارنيت) من مجموعة مثبطات أكسيديز الأمين الأحادي.

وتطورت حديثا مضادات اكتئاب جديدة، والتي من شأنها التأثير في نظام السيروتونين للمخ (معظمها "مثبطات محددة لإعادة استعمال السيروتونين" أو الـ (SSRTS) وسرعان ما مثلت اختيارا أولا..كدواء لعلاج الاضطرابات التي تنتج عن الهلع، وترتبط فعالية تلك الأدوية التي تستخدم في علاج الرعب بالأدوية القديمة، ولا تسبب مشكلات تتعلق بالأعراض الجانبية، وبعض النماذج من تلك الأدوية (التي رتبت عن طريق الاسم التجاري لأنه أكثر شيوعا)، وهي زولوفت، باكسيل، بروزاك لوفوكس وإيفيكسور (دينيس بيكفيلد، 2004، 170).

في كل الحالات فإن استخدام علاج معتمد على مضادات الاكتئاب في حالة اضطراب الهلع يستلزم البدء بمقادير ضعيفة، وتصعيدها تدريجيا، وذلك لتجنب تفاقم أعراض القلق في بداية العلاج (Ballenger JC, 1994).

ويستخدم في علاج اضطراب الهلع عقار بنزوديازبين (Benzodiazépines) لمدة تتراوح بين (6) أشهر وسنة، وبعد حوالي (8) أسابيع يصبح من الضروري تقييم إذا ما كان العلاج قد عمل على تخفيض النوبات، والفعالية تكون بالاستخدام المشترك للعلاج النفسي والعلاج الدوائي، والتحذير الواجب هنا هو احتمالية اعتماد المريض النفسي الجسمي لعقار بنزوديازبين (Delbrouck M,2011,167).

وعمليا يمكن القول أن الأدوية من نوع (IRS) فلوفوكسمين سوترالين (Fluvoscamine,Sertraline) تمثل العلاج الأنسب على المدى البعيد في علاج الهلع، وهو الذي يتم وصفه باعتباره اختيارا أولا في العلاج الكيميائي لاضطراب الهلع.

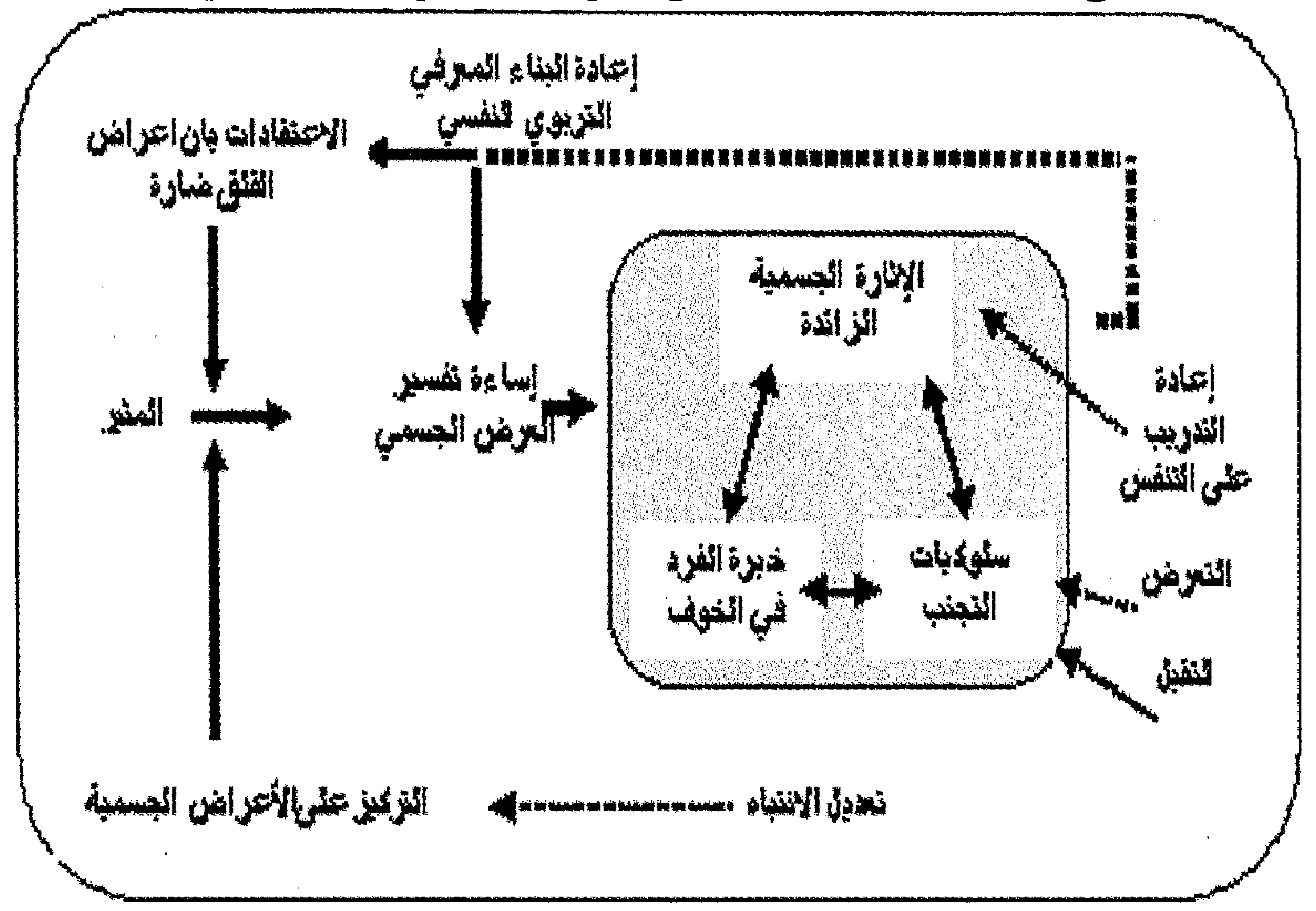
2. العلاج المعرفي السلوكي:

> من لا يستخدم أساليب جديدة في العلاج، فليتوقع مزيدا من الآلام.
>
> فرنسيس بيكون

يمثل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على اضطراب الهلع مجالا جديدا من تلك المجالات التطبيقية لهذا الأسلوب العلاجي على الاضطرابات المختلفة، حيث كان يقتصر من قبل على علاج الهلع إذا ما صوحب بفوبيا الأماكن الواسعة على اعتبار أنه يوجه في الأصل إلى الفوبيا، في حين يستخدم العلاج بالعقاقير لعلاج نوبات الهلع في حد ذاتها، ومن ثمَ أعتبر غير ضروري إذا لم يصاحب الهلع بفوبيا. أما الآن فقد أصبح يستخدم مع نوبات الهلع سواء صاحبتها فوبيا الأماكن الواسعة أو لم تصاحبها، ولم يلق العلاج المعرفي السلوكي نجاحا مثلما وجد بالنسبة للهلع (عادل محمد،2000، 198).

إن العلاج المعرفي السلوكي (TCC) فعال في اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن الواسعة، والتقنيات المقترحة تتضمن استخدام الاسترخاء إعادة البنية المعرفية، وبرامج التعرض الباطني، والتعرض للمواقف(Cottrausc J,2009.44).

وعليه يقترح هوفمان إستراتيجيات علاج الهلع كما هو في الشكل الموالي:



الشكل رقم (9) استراتيجيات استهداف الهلع (نقلا عن هوفمان،2012،94)

تبدأ الاستراتيجيات المعرفية للهلع بتوسيع نموذج بيك Beck المعرفي الخاص بالاكتئاب (Beck,Shaw,Rush,Emry,1979) ليشمل القلق والهلع ويركز العلاج المعرفي على تصحيح التقييمات الخاطئة المتعلقة بالإحساسات الجسمية، باعتبارها مصدر تهديد، وتطبق الإستراتيجيات المعرفية بمشاركة الأساليب السلوكية، على الرغم من افتراض أن الميكانيزم الفعال في التغيير يكمن في الحقل المعرفي (ديفيد بارلو،2002،44).

ويرجع نجاح العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الهلع قياسا بغيره من أنواع العلاج النفسي الأخرى إلى أنه يتغير وفقا لتركيزه على الجانب المعرفي أو الوجداني، أو السلوكي فيتعامل بالتالي مع اضطراب الهلع بشكل شامل، حيث يتناول ما يلي:

1. نوبات الهلع نفسها بأعراضها المعرفية والوجدانية والجسمية.
2. القلق المتوقع والذي يعرف بالخوف من الخوف.

3. فوبيا الأماكن الواسعة والتي غالبا ما تصاحبه بدرجات متفاوتة.

4. مفهوم اليأس الذي يتطور مع تطور الهلع، والذي قد يؤدي في أغلب الأحيان إلى اكتئاب ثانوي.

1.2. تطبيق العلاج المعرفي السلوكي:

عمليا يتم تطبيق العلاج المعرفي- السلوكي في سياق يمتد عبر عدة جلسات يتراوح بين (10 -20) جلسة فردية أو جماعية، ويتضمن عدة مراحل:

√ التشخيص العيادي و التحليل الوظيفي.

√ مقابلة التقييم باستخدام الاختبارات وسلالم التقدير .

√ التعليم النفسي و إرساء عقد العلاج .

√ التدخل العلاجي.

√ تقويم النتائج في نهاية العلاج.

وهناك عدة عناصر مهمة في عملية التكفل:

- العلاقة العلاجية النوعية (الدفء والتعاطف..).
- العمل وفق "هنا والآن" مهم مع عدم إهمال ماضي المريض .
- بنية الجلسات جدا عملية وتتضمن:

  √ ملخص الجلسة السابقة .

  √ إتمام الأنشطة.

  √ اختيار موضوع وتحليله .

  √ واجبات منزلية للأسبوع القادم.

  √ الملاحظة الذاتية و التقييم الذاتي.
- المقابلات تكون عادة أسبوعية وتدوم بين 30- 45 دقيقة .
- مدة العلاج تدوم حوالي أربعة أشهر عموما.

2.2. استراتيجيات التدخل:

يتشكل النموذج العلاجي المعرفي - السلوكي من ثلاث محاور أساسية:

- تقنيات التحكم (للتعامل مع ردود الفعل الفيزيولوجية).
- تقنيات التعرض للمواقف المقلقة (العمل على مستوى السلوك).
- تقنيات إعادة البناء المعرفي (العمل على مستوى المعارف).

1.2.2. تقنيات إدارة نوبة الهلع:

أ. التعليم النفسي:

كلما تقدمت بك الحياة تعلم كيف تحيا.

سينكا

إن العلاج المعرفي السلوكي هو علاج تعليمي، يركز أساسا على التعليم النفسي، بمعنى أن النموذج المعرفي وعملية التغير يتم تقديمهما للعميل. وينصب التركيز في هذا الجزء على تعليم العميل كل شيء عن اضطرابه، خاصة عندما تؤدي أفكار ومعتقدات العميل حول اضطرابه إلى معاناته من الكرب النفسي (بالمر وآخرون، 2008، 85).

كما تفيد عملية تثقيف المريض حول الظروف التي يحدث فيها الإغماء لمساعدته في إعادة تفسير الأحاسيس التي يشعر بها بين الحين والآخر من خلال تلطيف الصورة المخيفة لأعراض القلق وشرح وظيفته الطبيعية في مساعدة الفرد على التكيف. وبإمكان المعالج في هذا الخصوص أن يشير مثلا إلى أن مشكلة المريض تكمن في الخوف من الأعراض التي يشعر بها: في النظر إليها كشيء يهدد الصحة النفسية أو الصحة الجسمية.

ولوضع القلق في مكانه الطبيعي يوضح المعالج للمريض أن القلق عبارة عن طاقة منحها الله للإنسان لكي تساعده على الهرب من مواقف الخطر الحقيقية، وتساعده على حل المشكلات التي تعترضه، و أن الجسم يوقف القلق عندما يحس بانتهاء الحاجة إليه (ناصر المحارب،2000، 267).

إن نوبات الهلع خبرات مرعبة للغاية، من الطبيعي أن يحاول المرضى تفسير هذه الظواهر التي ليس لها تفسير حتى بعد الاختبارات الطبية السالبة المتكررة. غالبا ما يفترض المريض أن هذه النوبات علامة أو عرض لمشكلة صحية طبية خطيرة، هناك

خطوة علاجية رئيسية فعالة للغاية ألا وهي تعليم الأفراد المرضى عن طبيعة نوبات الهلع، و يمكن أن يعين الجدول الموالي في شرح الأعراض للمريض كما هو مبين فيما يلي:

الجدول رقم (6) يوضح شرح الأعراض

الأعراض الفيسيولوجية	الفكرة الكارثية	حقائق طبية
زيادة في نبض القلب خفقان القلب.	" سوف أصاب بأزمة قلبية "	حسب ما قالته أخصائية علاج الفزع د. "كلير ويكس"، فإن القلب السليم يمكنه أن ينبض 200 مرة في الدقيقة لأيام أو حتى أسابيع دون حدوث أي تلف. لقد خلق قلبك لمعالجة الضغوط. وساعة من الفزع تعد لا شيء مقارنة بالعمل الذي صمم القلب للقيام به.
الشعور بالإعياء والدوار.	" سوف أموت أثناء قيادتي للسيارة أو أثناء سيري في الشارع	إن الشعور بالدوار يسببه انخفاض إمدادات الدم والأكسجين إلى المخ، لكنه في الغالب لا يؤدي إلى الإغماء. كما أن الفزع يسبب ارتفاعا في ضغط الدم، فيما يعد نقيضا لمشكلات انخفاض ضغط الدم المرتبط بالإغماء.
الشعور بأنك لا تستطيع التقاط أنفاسك بسبب وجود ألم أو ضغط في صدرك.	" سوف أتوقف عن التنفس، سوف أصاب بأزمة قلبية "	إن استجابة المواجهة أو الانسحاب تؤدي إلى انقباض في عضلات البطن والصدر، وهو ما قد يسبب الضغط والألم العضلي في الصدر، إلى جانب انخفاض سعة

		الرئتين، ولتعويض ذلك قد تبدأ في التنفس بشدة وعمق (فرط التهوية). مما يزيد الأمر سوءا ـ لكن لا أحد توقف عن التنفس جراء الفزع– ومهما بلغ شعورك بالضيق وعدم الارتياح، فسوف تحصل على الهواء الكافي في كل الأحوال.
الشعور بالدوار.	"سوف أسقط إذا وقفت"	إن الشعور بالدوار ينتج عن فرط التنفس بشدة، وانخفاض تدفق الدم والأكسجين إلى المخ–وهو تفاعل غير ضار ويستغرق فترة وجيزة، كما أنه نادر جدا، حتى في أسوأ حالات الفزع، ولا يؤدي إلى فقدان الاتزان.
السيقان المرتخية ـ شعور بالضعف والارتجاف في الساقين.	"إنني ضعيف لدرجة أنني لا أستطيع السير، سوف أسقط أرضا"	إن الاستجابة المواجهة أو الانسحاب تسبب تمددا مؤقتا للأوعية الدموية في ساقيك، مما يتيح تجمع الدم بالعضلات الكبيرة، ثق أن ساقيك قويتان وبإمكانهما حملك على الدوام.
نوبات الاحمرار والسخونة.	"ها قد عاودتني نوبة الفزع"	تنتج نوبة الاحمرار والسخونة عن زيادة الأكسجين والتغيرات القصيرة التي تطرأ على الجهاز الدوري ـ وهي غير ضارة ولن تسبب لك الفزع ما لم تقم بتفسير

		الأعراض على أنها مدعاة للانزعاج.
الشعور بالذهول والانفصال عن الواقع وفقدان الهوية	" سوف أصاب بالجنون، إنني أفقد السيطرة على نفسي ولن أستطيع العودة إلى طبيعتي هذه المرة "	هذه أيضا تفاعلات غير ضارة، وهي ناتجة عن استجابة المواجهة أو الانسحاب، وترتبط بفرط التهوية وانخفاض تدفق الأكسجين والدم إلى المخ وهي مؤقتة ولا تسبب إطلاقا في الإصابة بالخبل أو فقدان السيطرة على أفعالك، فلم يتم تسجيل أي حالات انفصام في الشخصية، أو شلل، أو تهيج بعد حدوث نوبة فزع.

نقلا عن (ماثيو ماكاي، مارثا ديفيز، باتريك فانينج، 2010 ، 119)

لقد اقترح جون كوترو خلال المرحلة المعلوماتية هذه (8) رسائل يجب توصيلها :

- القلق جزء من الحياة .
- القلق ليس عدو، يجب فقط معرفة كيفية التحكم فيه.
- نوبات الهلع هي ظاهرة متكررة، حتى لدى أشخاص لا يعانون من مشكلات نفسية مهمة.
- الأعراض الفيزيولوجية التي يشعر بها الفرد أثناء نوبة القلق مرتبطة بالتسارع القلبي و التنفسي و ليست نوبة قلبية أو دماغية.
- الضغط في عضلات ما بين الضلوع تفسر الآلام الصدرية و أحيانا تفسر كذبحة صدرية:
- التسارع القلبي و التنفسي والتغيرات الأيضية تفسر الأعراض النفسية للقلق و التي لا ترجع مطلقا للجنون.
- الأعراض التي نسميها تشنج سريع يمكن أن يعاد إنتاجها عند أغلب الناس بتسارع التنفس الإرادي و الممتد لاثنين أو ثلاث دقائق.

يندهش المرضى في الغالب من معرفة أن عددا كبيرا من الناس يعانون من نفس المشكلة، وأن نوبات الهلع ليست مختلفة من الناحية الكيفية عن الخوف المفرط عند مجابهة خطر حقيقي، وأن هذه النوبات بالفعل جزء من نظام استجابة تكيفي ارتقائي، وهو يطلق عليه الشجار- الفرار، والذي يعمل من أجل حماية الفرد (هوفمان، 2012، 94).

الجدول رقم (7): يوضح جزء من مثال عيادي عن التربية النفسية لاضطراب الهلع

اضطراب الهلع حالة يمر فيها الناس بخبرة الخوف الشديد ، أو عدم الراحة مع عدم وجود سبب واضح لذلك. عندما يتجنب الناس المواقف أو الأنشطة بسبب هذه النوبات يتم تقديم تشخيص اضطراب الهلع مع المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة.

اضطراب الهلع، والمخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة مشكلات شائعة، على الرغم من أن نوبات الهلع هذه مخيفة للغاية، إلا أنها ليست خطيرة على صحتك الجسمية. هذا لا يوحي بأن نوبات الهلع التي تمر بها ليست حقيقية، فهي حقيقة تماما، وانت تعاني من مشكلة حقيقية ومع ذلك، يمكن القول بأن هذه النوبات لا تسبب لك أي ضرر جسمي، ويمكن علاجها بفاعلية من خلال تدخل سيكولوجي معين يطلق عليه العلاج المعرفي السلوكي.

نقلا عن هوفمان (2012، 95)

يتم من خلال التعليم النفسي تقديم معلومات كافية عن الهلع، إضافة إلى ما يرتبط به من قلق وفوبيا الأماكن الواسعة، وأسباب الاضطراب وطبيعته وكيفية المواجهة، ويمكن في هذا الصدد تقديم مواد مكتوبة كالكتيبات مثلا تتضمن مثل هذا الموضوع (عادل محمد، 2000، 200).

ب. إعادة التدريب على التنفس:

الكثير من مرضى الهلع لديهم فرط التنفس، لذا تفترض بعض النظريات أن عدم السواء في التنفس، وفرط التنفس يسببان أعراض الهلع (Klein, 1993, Ley, 1985,) على سبيل المثال، افترض ليي (Ley,1985) أن فرط التنفس المزمن يؤدي إلى الهلع،

وافـتـرض كلين (Klein, 1993) أن الهلع هو نتـاج نظام الاسـتـجـابة المنبـهـة للاخـتـناق الحساس.

إذ ينتج عن التنفس تبادل الأكسيجين وغاز ثاني أكسيد الكربون، والجسم تحديدا حساس للمستويات المتغيرة من ثاني أكسيد الكربون، ونتيجة لفرط التنفس، يصبح الدم قلوي (وليس حمضي)، وتتكمش الأوعية الدموية وتنقص نسبة الأوكسيجين المحمول عبر الدم إلى الأنسجة، بما في ذلك المخ، الأمر الذي يؤدي إلى أعراض فرط التنفس مثل الدوّار، الدوخة، الإغماء، والشعور بفقدان الوعي(هوفمان،2012، 97).

لذا فإن تدريبات التنفس مكون مألوف للتدخلات النفسية، وهناك بعض الدراسات الحديثة أكدت على أهمية تدريبات التنفس في علاج اضطراب الهلع(Meuret et al, 2010).

فقد اختبر عديد من الباحثين كفاءة أسلوب إعادة التدريب على التنفس، حيث أن (50 ٪) إلى (60 ٪) من الهلعيين يصفون أعراض إفراط في التنفس بوصفها مشابهة لأعراض نوبات هلعهم، ومن الجدير بالملاحظة على الرغم من ذلك، أن البحوث الحديثة أظهرت أن تقارير أعراض الإفراط في التنفس لا تعبر بشكل صحيح عن إفراط ذي طبيعة فيزيولوجية في التنفس، فـ (50 ٪) فقط من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع يظهرون انخفاضا حقيقيا في مقدار ثاني أكسيد الكربون، في نهاية الشهيق والزفير، خلال نوبات الهلع (Hibbert & Pilsbury,1988 ; Hornsveld, Garssen, Fiedeldi, Dop and Van Spiegel,1990) (ديفيد بارلو،2002، 40).

وطريقة إعادة التدريب على التنفس تكون فعالة في علاج نوبات الهلع و الأعراض الجسمية للقلق، وهذه الطريقة أعدها كلارك وآخرون (1985) وهي باختصار تتضمن جعل المريض يتنفس بسرعة وعمق لمدة ثواني قليلة، وملاحظة أثر التنفس السريع وتقدير درجة الشبه بينها وبين الإحساسات الناتجة عن نوبات الهلع أو الخوف، وإذا كان التشابه قويا يوجه المريض إلى نتيجة مؤداها أن التنفس السريع يسهم في ظهور الأعراض، وعندئذ يتعلم أسلوب ضبط التنفس، أي يتحكم في التنفس السريع، وإذا فشل أسلوب زيادة سرعة التنفس يمكن إثارة الأحاسيس بوسائل أخرى بجعل المرضى يركزون على صور عقلية أو الاهتزاز أثناء الجلوس أو النظر إلى صورة مثيرة، ويتم

تدريبهم مثلا على استراتيجيات المواجهة، فالتحكم في معدل التنفس يعمل على استعادة المريض للسيطرة على نفسه وعلى القلق (طه عبد العظيم، 2007، 282).

• تدريب عملي:

هذا التدريب -والذي تم اقتباسه من شريط " نيك ماسي " Breath of Life 1993 - تم تصميمه خصيصا للأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع، فعندما يشعر أغلب الناس بالهلع، يكون لديهم ميل للهاث، والتقاط الأنفاس للداخل والاحتفاظ بها، ومن ثم يأخذون أنفاسا قصيرة غير عميقة تفشل في إفراغ رئاتهم، مما يؤدي إلى شعور بالامتلاء، والشعور بأنك لا تستطيع الحصول على هواء كاف، وهذا الشعور -بأنك لا تستطيع الحصول على هواء كاف- لا يتجاوز كونه مجرد وهم، أو عاقبة بسيطة لعدم إفراغ رئتيك. وعلى الرغم من أنك في الواقع تحصل على قدر كبير من الهواء، فإن تنفسك يصبح أسرع وأسرع، وفي النهاية تصل إلى مرحلة الإصابة بفرط التهوية، والذي سوف يؤدي على الأرجح إلى نوبة هلع، وفيما يلي الخطوات الخمس البسيطة لتدريب التحكم في التنفس:

- قم بالزفير أولا: عند ظهور أولى إشارات العصبية أو الهلع، وظهور أول بادرة قلق بشأن عرض فسيولوجي قد يصيبك، قم بإفراغ رئتيك من الهواء بالكامل. لذا من المهم أن تقوم بالزفير أولا حتى تشعر بأن هناك مساحة كبيرة لأخذ نفس عميق وكامل.
- قم بالشهيق والزفير من خلال أنفك: إن الشهيق من خلال أنفك سيؤدي آليا إلى إبطاء تنفسك ويمنع فرط التهوية.
- تنفس بعمق إلى داخل بطنك: قم بوضع إحدى يديك على معدتك، والأخرى على صدرك، تنفس بحيث تتحرك اليد التي تضعها على معدتك، بينما تظل الأخرى التي على صدرك شبه ساكنة، وبتوجيه التنفس بعمق إلى داخل بطنك، تقوم بتمديد حجابك الحاجز وإرخاء عضلاتك المشدودة التي تسبب لك شعورك بعدم القدرة على التنفس.
- قم بالعد أثناء التنفس: قم بالزفير أولا، ثم خذ نفسا للداخل من خلال أنفك، وعد، " واحد... اثنان...ثلاثة " توقف لثانية، ثم أزفر النفس الذي أخذته من خلال فمك وعد، " واحد...اثنان...ثلاثة...أربعة "، حيث إن عملية العد تحميك

من التنفس السريع المصاحب للهلع. تأكد من أن زفيرك أطول دوما بمقدار نبضة من شهيقك، فسوف يضمن لك هذا إفراغ رئتيك بين كل نفس تأخذه.

- أبطئ تنفسك بمقدار نبضة: خذ نفسا للداخل وعد، " واحد...اثنان...ثلاثة...أربعة "، ثم توقف وازفر النفس الذي أخذته وعد " واحد...اثنان...ثلاثة...أربعة...خمسة ". كما هو الحال دائما اجعل زفيرك أطول بمقدار نبضة من شهيقك دائما.

ماثيو ماكاي، مارثا ديفيز، باتريك فانينج، 2010 ، 120

ويستطيع المريض أن يطبق ذلك مرتين في اليوم لمدة (10) دقائق، إن تجربة فرط التهوية الإرادية المتبوعة بتحكم سريع معتمد على تخفيض سرعة التنفس يساعد العميل على التحكم في فرط التهوية، والأعراض المترافقة معه، ولكن ذلك لا يساعد كثيرا المرضى الذين لا يتأثرون كثيرا بعرض فرط التهوية.

> **عندما أجرؤ على أن أكون قويا و أن أستخدم قوتي في خدمة ما أؤمن به، عندها تتضاءل كثيرا أهمية ما إذا كنت خائفا أو لا.**
>
> **أودري لورد**

ج. تقنية فاجال (Vagale.T) للتعديل القلبي:

هذه التقنية هي طريقة بسيطة والتي تهدف لتخفيض ضربات القلب، والتي تزداد أثناء نوبات الهلع، وتتضمن تعليم العميل الاستجابة القلبية البطنية.

من أجل ذلك نطلب من العميل أن يحقق خلال (3) إلى (5) ثوان ضغط عالي بطني وذلك بنفخ البطن، وهذا ما يؤدي إلى تخفيض سريع لنبضات القلب، ونكرر ذلك عدة مرات خلال الجلسة. وهذه التقنية يمكن أن تستعمل بالترافق مع التعرض الحي، وهي تسمح للمريض التحكم في بعض ردود الفعل الفيزيولوجية لنوبة الهلع، وبالتالي استرجاع ثقته في القدرة على التحكم في نوباته.

2.2.2. الاسترخاء:

يذكر عبد الستار إبراهيم أن الاسترخاء توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للقلق، والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري، أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن نجد شخصا ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة، لكنه لا يكف مع ذلك إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي، مثل عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر، والذهن المشحون بالأفكار والصراعات(عبد الستار إبراهيم،1993، 155).

ويذكر أوست (Ost,1988) نتائج إيجابية لاستخدام الاسترخاء العضلي التدريجي للتحكم في نوبات الهلع، حيث تحقق تخلص كامل منها لدى مجموعة طبق عليها هذا الأسلوب (ن=8)، وتخلص 100% منهم من نوبات الهلع بعد 14 جلسة مقارنة بـ: 71,7 ٪ لمجموعة أخرى (ن=8) لم يستخدم معها هذا الأسلوب، وبالإضافة إلى ذلك، كانت نتائج المجموعة الأولى مستقرة خلال مرحلة متابعة (استمرت لمدة 19 شهرا تقريبا بعد انتهاء العلاج)، بينما ظل تأثير العلاج مستمرا لدى57 ٪ من أفراد المجموعة الثانية، وقد صنف كل أفراد مجموعة الاسترخاء العضلي التدريجي في فئة أصحاب أفضل نتيجة نهائية في المتابعة، مقارنة بـ: 25 ٪ من المجموعة الأخرى(Ost,1988,13).

وتقنية الاسترخاء الأكثر أهمية هنا هي تقنية الاسترخاء المتصاعد لجاكوبسون، ويتضمن التدريب على الاسترخاء ممارسة العميل للتوتر على مستوى العضلة ثم إرخائها واحدة بعد الأخرى حسب كل مجموعة، إلى أن يصبح العميل قادرا على الاسترخاء والإحساس بالراحة.

والنوع الثاني الخاص بشوتز و يتمثل في التحرر من التوتر مباشرة بشكل تصاعدي باستخدام التلميحات الذاتية.

3.2.2. التعرض للمواقف المثيرة للقلق:

- العلاج بالتعرض (Exposure Thearapy):

يعتقد أكثر المصابين بالقلق المزمن أو الحاد بأن قلقهم في مستوى مرتفع، إلا أن القلق يحدث عادة في موجات. فإذا أيقن المريض أن القلق له بداية وقمة ثم يبدأ في

التناقص فإن المريض يصبح أقدر على التعامل مع القلق بنجاح أكبر. فمثلا قد يتعين على المريض أن يصمد في موقف اجتماعي إلى أن تمر موجة القلق وتنتهي (لويس مليكة، 1994، 241).

و هذا هو المبدأ الذي تستند عليه طريقة التعرض، إذ تفترض أن القلق يتدنى بدخول العميل وبقائه في موقف القلق حتى تزول رغبته في تجنب هذا الموقف. و في هذه الطريقة يقوم المريض بتعريض نفسه للمثيرات أو المواقف التي كان يخاف منها أو يتجنبها، ويمكن أن يكون "التعرض" بالمواجهة الفعلية في الحياة الواقعية، أو بالمواجهة التخيلية. و في الحالة الأخيرة يطلب من المريض أن يتخيل نفسه أمام المثير الذي يخافه (كالعناكب مثلا) أو في موقف مثير للقلق (كالتحدث أمام الجمهور).

وإجمالا يمكن أن تعرف هذه الطريقة بأنها التعرض المتكرر والممتد- سواء واقعيا أو باستخدام التخيل- وذلك لمنبهات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية، ولكنها مخيفة للمريض، وذلك بهدف تقليل قلقه. إذ يسهل التعرض إحداث التغير المعرفي المطلوب للمعتقدات المشوهة لمريض الرهاب الاجتماعي.

وقد أوضح كوترو (Cottrausc J,2001,57) بالنسبة للتعرض الحي دور الغمر والانغماس في الوضعية المثيرة للقلق وعدم اللجوء إلى استجابة التجنب، وذلك بشكل متكرر وممتد ليكون فعالا لدى ذوي الوساوس والقلق.

ويقترح عدد من الباحثين خصائص معينة يجب توافرها في العلاج بالتعريض لكي يحقق الفائدة القصوى للمريض (Barlow لله Cerny,1988):

- يجب أن يكون التعرض لمدة طويلة لا قصيرة.
- يجب أن يتكرر التعرض حتى تتم إزالة الخوف/القلق.
- ينبغي أن ينتبه المريض للمثير الذي يخاف منه، وأن يتفاعل معه بأكبر قدر ممكن.

وفي حالة استخدام التعريض الميداني والتعريض التخيلي معا في الجلسات العلاجية يفضل البدء بالتعرض التخيلي ثم التعريض الميداني، ومن ناحية أخرى لا يفضل استخدام التعرض التخيلي في حالات خاصة منها: عندما يعجز المريض على

تحديد الأفكار المثيرة للقلق، وأيضا عندما يعاني المريض من اضطرابات في القدرة على التخيل أو التذكر.

- **القواعد المهمة بالنسبة للتعرض:**

- يجب أن يكون متدرجا، متكررا وممتدا.
- التعرف على كل ما هو متجنب.
- ترتيب مستوى الصعوبات من خلال الموضوع المشترك بين كل الوضعيات المتجنبة.
- يتم مواصلة العمل إلى غاية التدني التام للقلق.
- يجب أن يكون فاصل الوقت بين الحصص قصير.
- طلب من العميل أن يعرض نفسه على الأقل مرة في اليوم.
- التدعيم الإيجابي مهم جدا، ويجب تقدير مجهود ونجاح العميل في كل مرة.

1.3.2.2. أنواع التعرض:

أ. تقليل الحساسية التدريجي Systematic Desensitization:

لقد استمد هذا الإجراء بناء على تجارب بافلوف(Pavlov) في الاشراط الكلاسيكي والبحوث التي أجريت للكشف عن العلاقات بين المثيرات والاستجابات الشرطية وغير الشرطية. إذ طور ولبي (Wolpe) في أواخر عام (1950) إستراتيجية تقليل الحساسية التدريجي، وذلك بهدف خفض مستوى القلق، ويعتمد هذا الإجراء على مبادئ الاشراط المضاد حيث توصل ولبي إلى أن أعراض القلق قد تنخفض أو تنشط بدرجة جيدة عن طريق التخيل ثم يعُرض المسترشد مباشرة وبشكل تدريجي لاستجابة الاسترخاء العضلي وهذه العملية تسمى بتقليل الحساسية التدريجي(باسم الدحادحة، سعاد سليمان،2008،5).

وتعتبر عملية تقليل الحساسية التدريجي المرحلة الثالثة في طريقة الكف بالنقيض بعد إعداد مدرج القلق، وتدريب المريض على الاسترخاء كاستجابة مضادة لحالة القلق وما شابهها، وتحتاج إلى خبرة وممارسة علاجية كافية حتى يتحقق الهدف منها.

وملخص هذه العملية العلاجية هو أن المعالج يضع المريض في حالة استرخاء تام ثم يقدم له المثيرات الموجودة على مدرج القلق، أو يطلب من المريض تخيل هذه المثيرات

حيث يضمن المعالج دائما أنه إذا قدم المثير، أو قام المريض بتخيله يكون ما يستثيره من قلق أو خوف أضعف قوة من استجابة الاسترخاء التي اختارها المعالج حيث يستطيع المعالج القيام بعملية كف تدريجي للقلق الضعيف ويبدأ المعالج بأقل المثيرات شدة وينتهي بأكثرها شدة وإثارة، والمريض في حالة استرخاء.

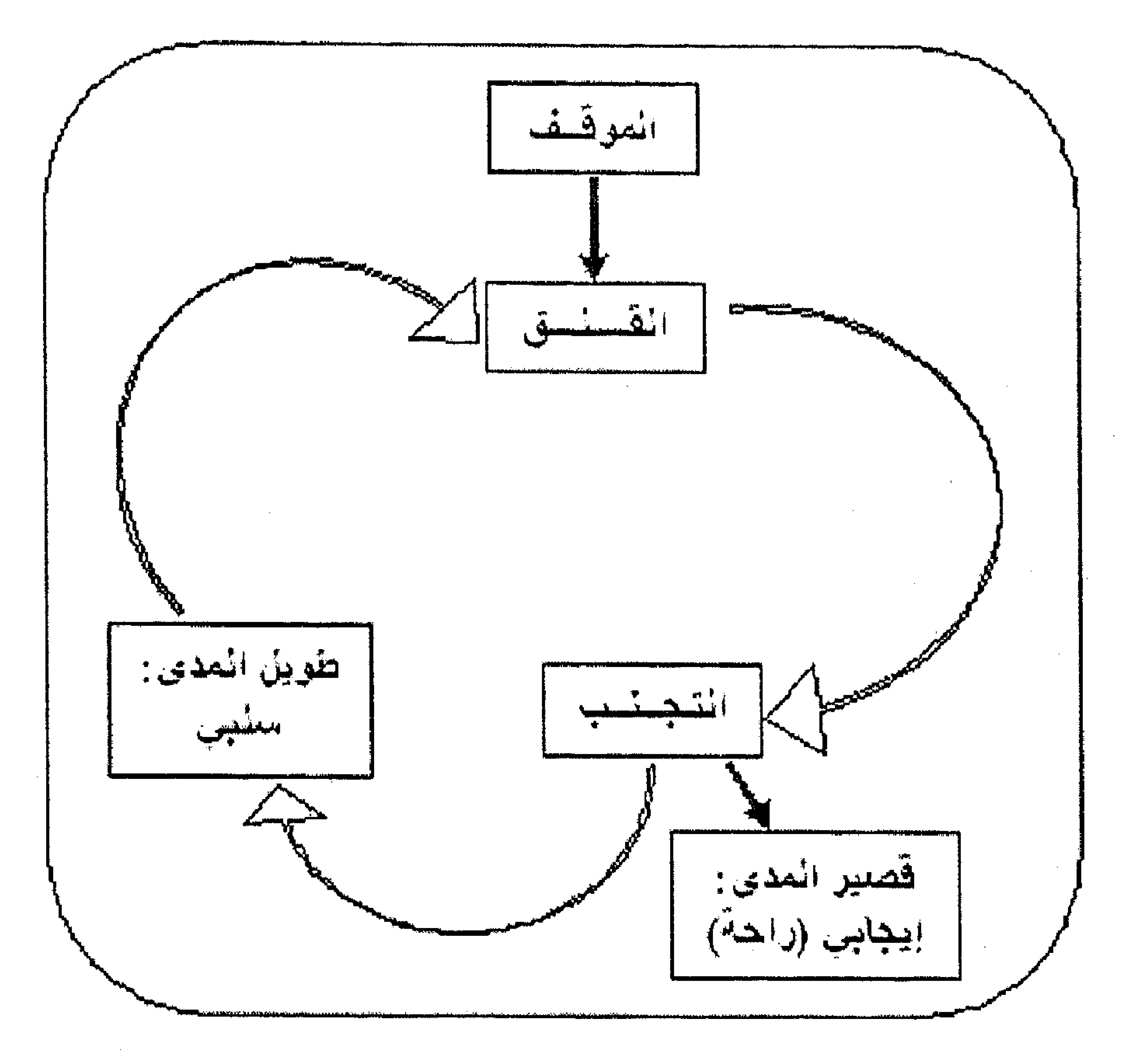
ويمكن أن يستخدم المعالج لتحديد شدة المثيرات أجهزة التغذية الراجعة الحيوية أو بعض المقاييس الفيزيولوجية، علما أن معظم المعالجين يعتمدون في ذلك على التقدير الشخصي للمريض. ويرى ولبي أن تخيل أو تصور المثيرات الباعثة على الخوف والقلق لا يقل فاعلية عن مواجهتها بشكل مباشر كما في الواقع، وعملية التحصين المنظم تبدأ عادة بعملية التخيل أو التصور للمشهد المثير للقلق. وفي المراحل الأخيرة من العلاج يطلب من المريض مواجهة المثيرات الواقعية وهذا ما يسمى المواجهة العلاجية المباشرة أو المشاركة الفعالة (فيصل زراد،2005، 197).

وعموما يعد استخدام تقليل الحساسية التدريجي أحد أنجع الطرق المستخدمة من قبل المعالجين السلوكيين، وقد ثبتت فعاليته في تخفيف حدة اضطرابات القلق والمخاوف.

ب.التعرض المتصاعد الحي أو المتخيل:

إن التعرض هو طريقة لمساعدة العميل لمواجهة مواقف القلق التي كان يتجنبها ظنا منه أن عملية التجنب ستحميه من مشاعر القلق المزعجة، وقد اعتبر هوفمان أن التجنب يؤدي إلى انخفاض القلق، وهي نتيجة إيجابية قصيرة المدى ولكن على المدى البعيد يكون للتجنب نتائج سلبية، وذلك أن الفرد يمر بخبرة القلق في كل مرة يواجه فيها الموقف مستقبلا، لأنه لم يعط الجسم فرصة للتكيف مع الموقف، ومعرفة أن الموقف أو الشيء ليس بهذا المستوى من الخطورة، لذا فإن التجنب يؤدي إلى الحفاظ على القلق، إذ أن الفرد في كل مرة يواجه فيها الموقف فإنه يشعر بقلق متزايد إلى أن يبدأ في التجنب ليهدئ من مستوى هذا القلق.

> **إن ما نتخيله بوضوح، ونرغب فيه بشدة، وننفذه بحماسة لابد ان ينجح في نهاية الأمر.**
>
> **كولين بيسيسيون**



الشكل رقم (10) يوضح دور التجنب في استمرار القلق

التعرض إستراتيجية تدخل فعالة بشكل كبير في معالجة اضطرابات القلق قبل إجراء ممارسات التدخل، ينبغي أن يحدد المعالج النفسي الإلماعات المثيرة للخوف في حالة اضطراب الهلع، فإن الإلماعات -غالبا- هي الأعراض الجسمية، وفي حالة المخاوف المرضية من الأماكن الواسعة، فإن الإلماعات هي المثيرات الموقفية، لذلك يمكن أن نميز هنا نوعين من التعرض:

- التعرض الباطني - التعرض الحي أو المتخيل للمثيرات الخارجية.

ويعتبر هوفمان أن التعرض هو الإستراتيجية الوحيدة الأكثر فعالية في استهداف تجنب المخاوف المرضية من الأماكن الواسعة و أحد أكثر المظاهر تحديدا في هذا العلاج هو دفع المرضى للانخراط في أنشطة مخيفة دون استخدام أي استراتيجيات للتجنب. لهذا السبب، فإن من الأهمية بمكان أن يفهم المريض سبب مواجهة مخاوفه الأكثر سوءا(هوفمان إس جي، 2012، 101).

عند الإعداد لعملية التعرض نقوم بترتيب المواقف التي يخافها المريض، ويحاول تجنبها، وعادة يتم تشكيل حصيلة من (10ـــــ15) حدث من الأقل صعوبة إلى أعلى صعوبة بحسب تقدير العميل على سلم من (0 ـــــــ10).

ويتم الانتقال من موقف إلى آخر دون أن يستخدم العميل أيًا من سلوكيات التجنب(مثل سلوكيات الأمان)، إذ ينبغي تشجيع المرضى على البقاء في الموقف إلى غاية تناقص مستوى التوتر لديهم. وينبغي أن تكون الممارسات متكررة، ويتم التخطيط لها مسبقا، وأن تتراوح بين ساعة وساعتين.

ج.التعرض الباطني:

الهدف من التعرض الباطني، وهو الهدف نفسه من التعرض للمنبهات الخارجية المثيرة للخوف، هو مقاطعة أو إضعاف الترابط مؤشرات جسمية محددة والاستجابات الهلعية، والأساس النظري للتعرض الباطني يقوم على إخماد أو إطفاء الخوف، في ضوء الصيغة المفهومية لنوبات الهلع، باعتبارها ردود أفعال تشريطية، أو إنذارا متعلما للمؤثرات الجسمية البارزة (Barlow,1988)، ويستخدم التعرض الباطني من خلال إجراءات تؤدي إلى إحداث إحساسات ذات طبيعة هلعية حقيقية، مثل: تدريبات الأوعية الدموية للقلب، واستنشاق ثاني أكسيد الكربون، أو الجلوس في مقعد دوار، والإفراط في التنفس، ويتم التعرض باستخدام نموذج متدرج(ديفيد بارلو،2002،44).

في الغالب إن أول وسيلة وقع عليها الاختيار هي أسلوب زيادة سرعة التنفس الذي ابتدعه كلارك وآخرون (Clarck et al,1985)، وباختصار تتضمن الطريقة جعل المريض يتنفس بسرعة وعمق لمدة دقيقتين وملاحظة أثر التنفس السريع، وتقدير وجه الشبه بينهما وبين الإحساسات الناتجة عن نوبة الخوف، وإذا كان التشابه قويا، يوجه المريض إلى نتيجة مؤداها أن التنفس السريع يسهم في ظهور الأعراض، وعندئذ يتعلم أسلوب ضبط التنفس، أي يتحكم في التنفس السريع، وعندما يلاحظ المرضى أن عملية بسيطة غير دوائية يمكن أن تنتج إحساسات خوف فإنهم يميلون لتصحيح إرجاعهم الأعراض إلى مآسي طبية ونفسية معوقة(آرون بيك،2002، 57).

4.2.2. التقنيات المعرفية:

تتضمن هذه الإستراتيجية تعليم الناس كيف يصبحون أكثر وعيا إزاء أفكارهم المضطربة، وكيف يدققون في الإثباتات المرتبطة بتلك الأفكار. وتهدف إعادة بناء المعرفة إلى تحويل أنماط التفكير المضطربة إلى أفكار أكثر توازنا ومنطقية تستند إلى تدقيق شامل في كل الإثباتات (بدلا من التركيز فقط على الأدلة التي تدعم الأفكار المضطربة).

1.4.2.2. تحديد المعتقدات المضمرة:

الأفكار الآلية تمثل تيار الأفكار، والصور الذهنية، اللتين تصاحبان الفرد بشكل ثابت وهو يتقدم عبر حياته اليومية العادية. أما الأفكار الآلية السلبية فهي تلك الأفكار والصور التي تستثير الانفعالات السلبية وغير الملائمة، مثل القلق، والاكتئاب، وتكون هذه الأفكار بشكل عام في البداية مقبولة من العميل على أنها أفكار واقعية وصادقة، لكن لا توجد أدلة موضوعية تؤيدها(بيرني كوروين، بيتر رودل، ستيفين بالمر، 2008، 123).

وهناك نوعان من المعتقدات التي تقف خلف الأفكار الآلية، وهما المعتقدات المحورية، والمعتقدات الوسيطية، وبشكل عام فإن الأفكار الآلية عادة ما تكون أكثر سهولة في التناول من نوعي المعتقدات الأخرى.

وهناك عدة طرق لمساعدة العميل لتحديد معتقداته السلبية نذكر منها:

أ. سجل الأفكار:

يهدف سجل الأفكار إلى عزل المواقف المثيرة للقلق، والانفعالات السلبية، والحوارات الداخلية التي ترافقها، ويتم التدريب عليه من قبل المعالج داخل الجلسات العلاجية قبل التسجيل الذاتي من قبل المريض (J,2001,121 Cottraux).

ويوفر لنا سجل الأفكار إمكانية الوصول إلى الأفكار الآلية للمريض، وتقييم قدرته على ذلك بمجرد تبسيط هذه الأفكار من قبل المعالج، وهو ما يسمح بتنمية الوعي بالانفعالات وتمييزها.

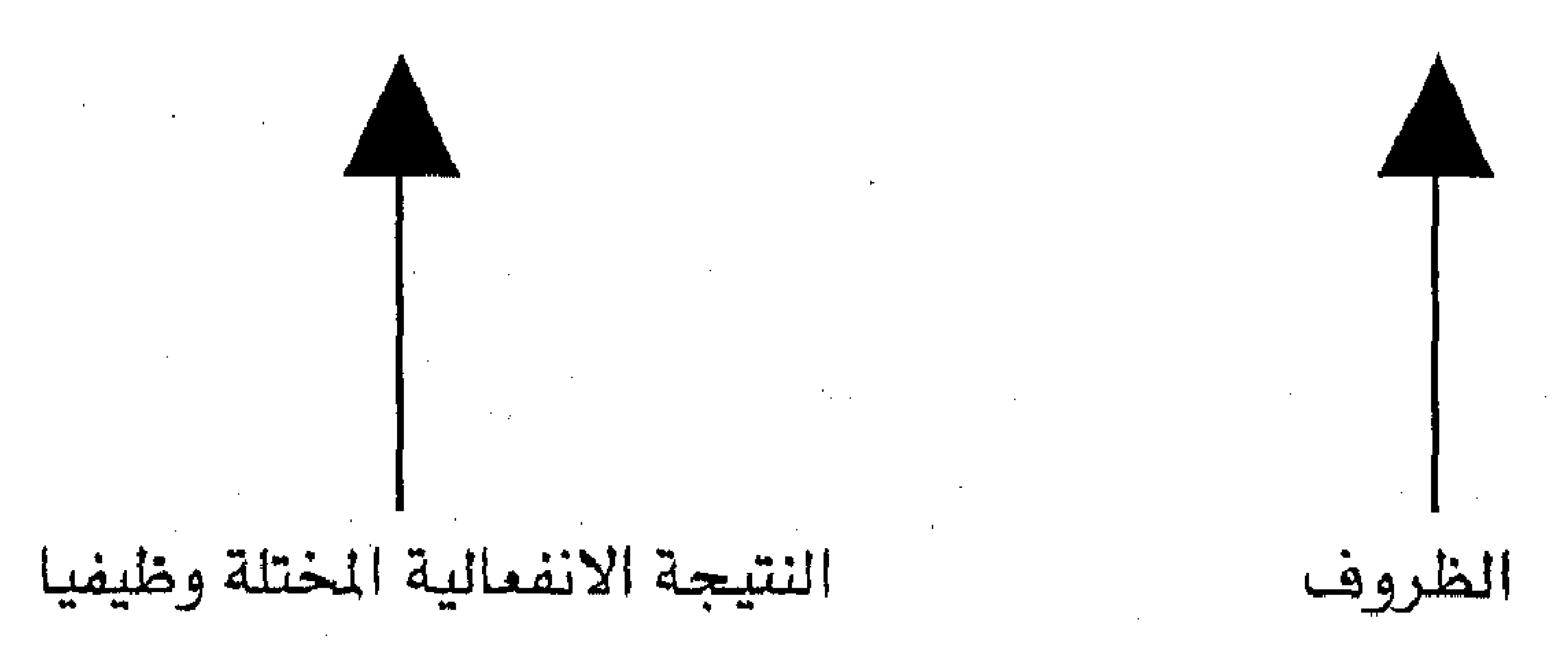
ويطلب المعالج من المريض تعبئة سجل الأفكار بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف، و الأعراض الجسدية والأفكار التي تصاحب كل ذلك. ومن الممكن أيضا أن يقوم بتقييم قلقه بمقياس من (0 – 100) ليصف كيف يواجه الموقف، ونضع هذه المعلومات أساسا لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتر، أو أي أعراض جسدية أخرى ويساعد المعالج على معرفة مصادر ومظاهر القلق لدى المريض، كما تساعد هذه المراقبة الذاتية المريض على رؤية متاعبه بشكل مختلف، وتحديد مشكلته بأسلوب معرفي سلوكي متعلم، ومن ثم نستخدم المعلومات من قوائم مراقبة الذات في الجلسة التالية كأساس للنقاش. وتعد هذه الوسيلة مقبولة تماما، فتتزايد السلوكيات المرغوب فيها وتتناقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها(رئيفة عوض،2001،114).

ويساعد هذا الجدول عمليا في إعادة البناء المعرفي للفرد، ويتم تعلمه داخل الجلسة كما يتم استغلاله بين الجلسات في إطار الواجبات المنزلية.

ب. أسلوب السهم النازل:(Downward Arrow Technique)

يبدأ هذا الأسلوب بالتعرف على التفكير الآلي وبدلا من مناقشة هذا التفكير أو الفكرة، يتم تشجيع المريض على مستوى التفكير لديه، واستكشاف هذا التفكير بسؤال " ماذا يعني لو أن هذا التفكير صحيح؟ "، وهذا بدوره سيؤدي إلى ظهور افتراض شرطي (قواعد شرطية) تأخذ شكل "لو...إذا".

هذه القواعد تحدد الظروف والنتيجة الانفعالية المختلة وظيفيا:



وهذه القواعد لها وجود أدنى من الوعي، بحيث نادرا ما يكون المريض قادرا على التفكير فيها

ج. اقتراح مخطط يربط بين مختلف الأفكار الآلية:

حدد بيك وزملاؤه عملية عامة لتحديد المعتقدات السلبية تمر بثلاث مراحل:

√ يحدد العميل الأفكار الآلية ويكتبها.

√ يتم استنباط المخططات العامة من هذه الأفكار.

√ يتم صياغة قواعد أساسية أو الفروض التي يتبناها العميل عن حياته.

و من خلال تحليل سجل الأفكار -المشار إليه سابقا- يمكن للشخص أن يكتشف أن لديه إعتقادا أساسيا مثل " أنا لا أستحق التقدير " أو " أغلب أعمالي لا قيمة لها "، وعندها يمكن تسجيل هذه المعتقدات وكتابتها تمهيدا لمرحلة التعديل والتغيير.

د. تكملة الجمل:

وهو أسلوب مباشر نسبيا، حيث يطلب من العميل أن يكمل سلسلة من الجمل تبدأ عادة بكلمة واحدة، وقد قدم باديسك (Padesky,1994) الأمثلة التالية: "أنا......"، "الناس....."، "العالم....."

حيث يمكن من خلال ذلك التعرف على اعتقادات الشخص حول نفسه وحول الآخرين، وحول العالم والبيئة، والمستقبل في شكل تعبير مباشر واع عن الأفكار التي تدور في خلد الشخص ومعتقداته الذاتية، بما يمكّن من ملاحظتها وعيا، وبالتالي تعديلها.

هـ. تقديم الجمل الأولى من الفروض:

يمكن أن ينظر إلى الفروض على أنها تشمل جملتين، إحداهما فعل الشرط، والأخرى جواب الشرط كالآتي: (إذا....إذن....)، فعلى سبيل المثال: إذا كنت أنا لطيفا إذن سوف يحبني الناس. وقد استخدم بيك (1995)، أحد أشكال إكمال الجمل بأن

يعطي الجملة الأولى أو فعل الشرط لأحد الفروض، ويطلب من العميل أن يذكر جواب الشرط أو الجملة الثانية لهذا الفرض)(بيرني كوروين، بيتر رودل، ستيفين بالمر، 2008، 130).

وتعتبر هذه الطرق وغيرها نماذج لكيفية عمل المعالج والمريض لكشف وتحديد المعتقدات المضمرة، والتي تكون في البداية بعيدة نوعا ما عن وعي المريض، والتي تحتاج إلى التعرف والكشف والتحديد، أي جعل المريض في حالة وعي كامل بها، حتى يتمكن من تعديلها فيما بعد، وإن كان مجرد وعيه بها يعد خطوة أساسية في عملية العلاج المعرفي.

2.2.4.2. تعديل المعتقدات الخاطئة:

إن جوهر العلاج المعرفي السلوكي مبدأ مؤداه أن الأفكار هي التي توجه السلوك وتستثير الانفعالات، حيث أننا نقوم بتحليل مستمر للمعلومات الواردة إلينا من الداخل أو الخارج، والأفكار تمثل نتيجة معالجة تلك المعلومات، وتعنى العمليات المعرفية بتصنيف وتقييم وتنظيم المعلومات ذات المعنى والمهمة، فهي من يقوم بفك شفرة الواقع، وكذلك المشاعر الداخلية للفرد ولكن عملية المعالجة هذه قد تتضمن أخطاء وتشويهات (Christophe André,2005,17).

إن التفكير المشوه يؤدي إلى بعث مشكلات نفسية عديدة، ويعمد المعرفيون إلى إعادة صياغة أفكار المريض التلقائية السلبية، بحيث يشجع المريض على البحث عن جوهر اعتناقه لهذا التفكير سيء التكيف وغير المنطقي.

ويستخدم في ذلك عدة طرق يمكن أن نذكر من بينها:

أ. الحوار السقراطي:(الاكتشاف الموجه)

إن استخدام التساؤل كجانب أساسي علاجي أصبح هو السمة الرسمية للعلاج المعرفي السلوكي، إذ يستخدم كأداة عامة خلال العلاج، وعند تعديل معتقد سلبي أساسي، يوجه المعالج العميل لأن يختبر معتقد على مواقف محددة ونوعية. وعبر هذه العملية يمكن للمعالج أن يقود العميل إلى دليل قيم حيث يمكن تفنيد المعتقد في موقف

بعينه ويمكن أن يمتد ذلك إلى مدى واسع من المواقف، ويتم تعميمه على أنه معتقد إيجابي بديل (بيرني كوروين و آخرون،2008، 139).

ويعتبر الاكتشاف الموجه عملية مستمرة من بداية العلاج إلى نهايته يتم من خلالها فحص الفروض باستخدام الأسئلة بدلا من التحدي المباشر لأفكار العميل واعتقاداته.

ويوجد شكل خاص من منهجية الاكتشاف الموجه يسمى تقنية الأسئلة الثلاثة، حيث يتم طرح ثلاث أسئلة محددة تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية وهذه الأسئلة هي:

1- ما هي الدلائل على معتقدك؟

2- كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا ؟

3- إذا كان ذلك صحيحا، ماذا يعني لك؟

حيث أن كل سؤال يقدم طريقة للبحث بشكل أعمق في المعتقدات السلبية، واستحضار المزيد من الأفكار الموضوعية (إسماعيل علوي، بنعيسى زغموش، 2009، 93).

وهكذا يعمل الاكتشاف الموجه (الأسئلة السقراطية) على توجيه انتباه العميل إلى جوانب من تفكيره كانت غائبة عنه، والتقويم الموضوعي لاعتقاداته وأفكاره بدلا من التلقائية والاعتباطية في التفكير، والتي تمنع ظهور بدائل أخرى إلى حيز الإدراك.

ب- العلاج بالدور المحدد:

رأى العديد من المعالجين خارج العلاج المعرفي السلوكي أنه لو تم تشجيع العميل لأن يتصرف بطريقة مخالفة لمعتقداته غير المساعدة، فقد يؤدي هذا إلى تغير في المعتقدات، ومن ثم يؤدي إلى مزيد من التغير في السلوك، ويسمى هذا المنحى بالعلاج بالدور المحدد، وبمجرد تحديد أحد المعتقدات المساعدة البديلة الذي يوافق عليه العميل، سيؤدي (من خلال الحوار السقراطي) إلى تحديد عدة طرق يمكن أن يسلك بها أو يتصرف بها لو كان هذا المعتقد الجديد حقيقي في الواقع وصادق، وبمجرد تحديد عدد من الأفعال والتصرفات التي تتناسب مع المعتقد الجديد، يطلب من العميل أن

يفكر في إدخالها ضمن التمرين. ويقوم العميل بتبني الدور المتسق مع المعتقد المساعد الجديد كمهام بين الجلسات (بيرني كوروين، بيتر رودل، ستيفين بالمر، 2008، 142).

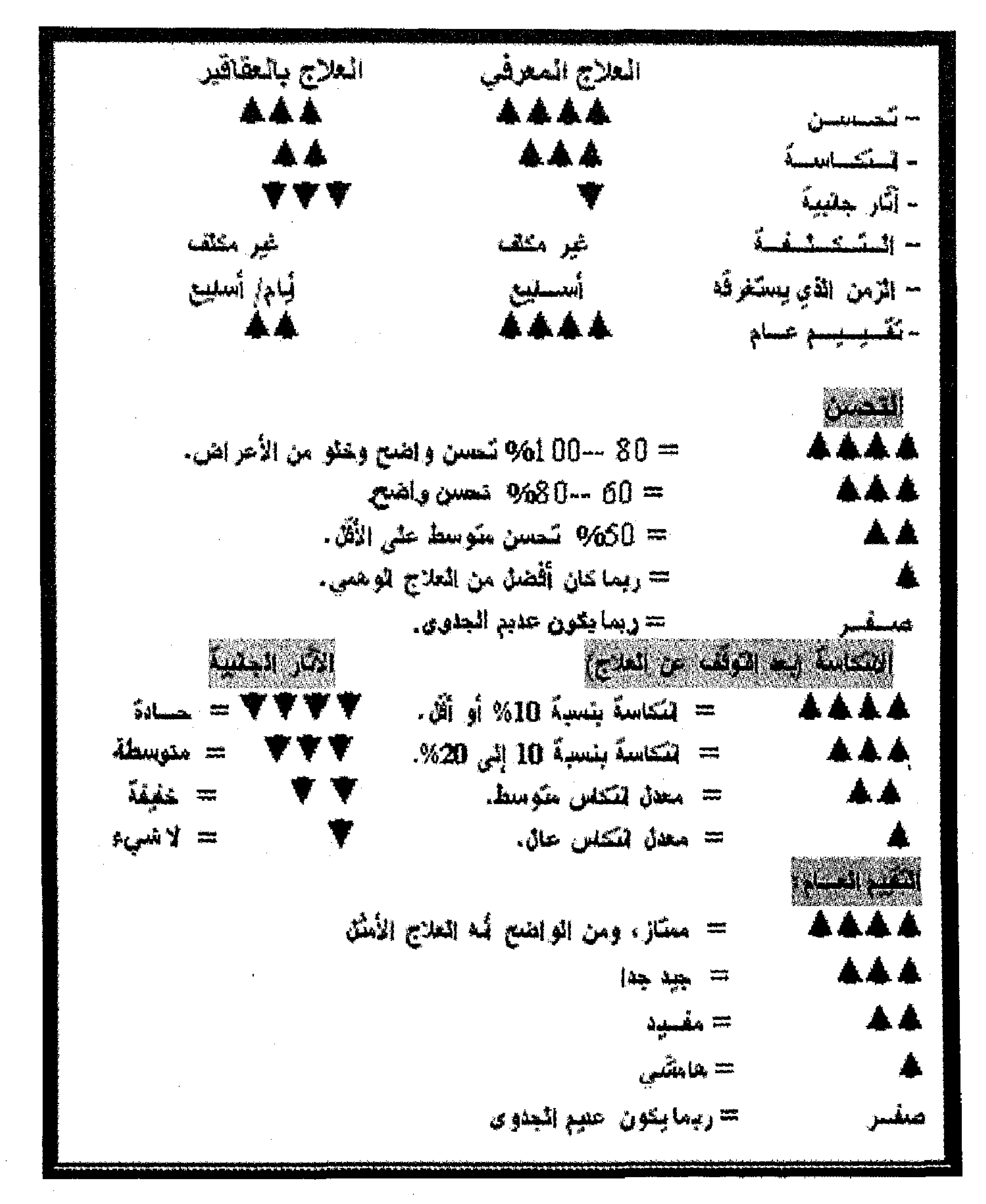
ج. أداء الدور:

يسميه بيك (1995) " أداء الدور العقلاني الانفعالي" (Rational- emotional Role-play)، ويقوم العميل في البداية بتمثيل دور تبنيه للمعتقدات السلبية وتقبله لها (وفي المقابل يقوم المعالج بأداء دور تبنيه للمعتقد الإيجابي لنقطة مقابلة لها)، ثم بعد ذلك يقوم العميل بأداء الدور الذي قام به المعالج بنمذجته، ويتم استخدام أسلوب "الكرسي الفارغ" من قبل العميل للتعامل مع بقية أفكاره مستقلا عن المعالج. وهنا يقوم المعالج بأداء الدورين المتقابلين معا بتحركه من وإلى الكرسي الفارغ.

3. مقارنة العلاج المعرفي بالعلاج بالعقاقير:

لقد لخص لنا مارتن سليجمان الفرق بين العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير من حيث التحسن، الانتكاسة والآثار الجانبية، التكلفة والزمن الذي يستغرقه والتقييم العام لكل منهما، وهي المعروضة في الجدول الموالي:

الجدول رقم (8): يمثل المقارنة بين العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير



	العلاج المعرفي	العلاج بالعقاقير
- تحسن	▲▲▲▲	▲▲▲
- انتكاسة	▲▲▲	▲▲
- آثار جانبية	▼	▼▼▼
- التكلفة	غير مكلف	غير مكلف
- الزمن الذي يستغرقه	أسابيع	أيام/ أسابيع
- تقييم عام	▲▲▲▲	▲▲

التحسن

▲▲▲▲	= 80 --100% تحسن واضح وخلو من الأعراض.
▲▲▲	= 60 --80% تحسن واضح
▲▲	= 50% تحسن متوسط على الأقل.
▲	= ربما كان أفضل من العلاج الوهمي.
صفر	= ربما يكون عديم الجدوى.

الانتكاسة (بعد التوقف عن العلاج)

▲▲▲▲	= انتكاسة بنسبة 10% أو أقل.
▲▲▲	= انتكاسة بنسبة 10 إلى 20%.
▲▲	= معدل انتكاس متوسط.
▲	= معدل انتكاس عال.

الآثار الجانبية

▼▼▼▼	= حادة
▼▼▼	= متوسطة
▼▼	= خفيفة
▼	= لا شيء

التقييم العام:

▲▲▲▲	= ممتاز، ومن الواضح أنه العلاج الأمثل
▲▲▲	= جيد جدا
▲▲	= مفيد
▲	= هامشي
صفر	= ربما يكون عديم الجدوى

نقلا عن (مارتن سليجمان، 2004، 85)

وفي ضوء الدراسات السابقة فإن التوصيات الخاصة بالعلاج هي الآتي:

1. يحتمل أنه من المهم الاعتراف مع العميل أن لديه مشكلة خطيرة، وأنه يعاني من نوبات هلع، ويلاحظ أن الكثيرين من المرضى يسعون للحصول على نصيحة طبية، لمجرد أن يطمئنوا أنه لا يوجد شيء ما خطأ فيهم.

2. من خلال التسجيل اليومي الذي يقوم به المريض في مذكراته عن هلعه، يتعين فحص الأفكار المقترنة بالنوبة، لتحديد تلك التي يبدو أنها تسبب أكبر قدر الكدر (وقد تكون كالآتي: لا توجد لدي أية سيطرة على الهلع، وهو يأتي فجأة، ولا أستطيع أن أكون مستعدا له، وهو يبدو مثل الذي أقراه عن النوبات القلبية، أنا أعيش بمفردي، ولا يوجد أحد هنا يعرف ما هو الخطأ أو كيف يساعدني).
3. يتعين مناقشة أساليب مواجهة أكثر هذه الأفكار إثارة للكدر مع المريض.
4. بالنسبة للهلع الليلي، يستخدم أسلوب التحكم في المنبه.

وقد تكون كل هذه الخطوات صعبة في البداية بالنسبة للمرضى، الذين اعتادوا زيارة الأطباء استجابة لنوبات الهلع في محاولة للبحث عن نصيحة ومعلومات إيجابية (ليندزاي .س، 2000، 217).

4. الدعم التجريبي لعلاج اضطراب الهلع:

لقد قدم كلارك (Clark,1986) مقالة كتب فيها عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وهي النظرية الموجزة التي أصبحت ثاني أكثر المقالات ذكرا في مجال علم النفس ككل من بين 50000 مقالة كتبت ونشرت ما بين عام 1986وعام 1990 (Garfield,1992) من بين المؤيدين البارزين لنموذج بيك و إمري (Beck & Emry, 1985) بارلو (Barlow,1988)، و مارجراف وزملائه (Margraf,1993). أوضحت عدد من الدراسات فعالية بروتوكولات العلاج المعرفي السلوكي في التجارب المضبوطة العشوائية (Hoffman & Smits,2008) في أكبر تجربة علاجية قارنت العلاج المعرفي السلوكي بمضادات الاكتئاب و الأدوية الوهمية واقتران العلاج المعرفي السلوكي مع مضادات الاكتئاب أو الأدوية الوهمية (هوفمان إ س جي، 2012، 105).

وفي دراسة مضبوطة للعلاج السلوكي لاضطراب الهلع، قارن بارلو وزملاؤه (Barlow et al,1989) المواقف الأربعة الآتية:

√ الاسترخاء التطبيقي العضلي التدريجي.

√ التعرض الباطني.

√ إعادة التدريب على التنفس.

√ إعادة تشكيل البنية المعرفية.

ومجموعة ضابطة على قائمة انتظار، ويتطلب التعرض الباطني تكرار التعرض باستخدام أساليب للحث، مثل:

√ الإفراط القهري في التنفس.

√ الدوران الحلزوني على مقعد.

√ القيام بمجهود قلبي.

وكان الموقفان المتضمنان التعرض الباطني وإعادة التشكيل المعرفي (علاج التحكم في الهلع) متفوقين بفرق جوهري، مقارنة بالاسترخاء العضلي التدريجي، وقائمة الانتظار بمحك عدد مرات تكرار النوبات الهلعية، وتحرر (87%) من أفراد مجموعتي علاج التحكم في الهلع من نوباتهم تماما. وظلت النتائج مستقرة على امتداد (24) شهرا من المتابعة بعد انتهاء العلاج للمجموعة التي تلقت علاجا بالتعرض الباطني، وإعادة التشكيل المعرفي، دون استرخاء عضلي تدريجي، بينما كانت المجموعة التي تلقت علاجا مركبا أكثر ميلا للتدهور خلال المتابعة، وتبين هذه الدراسة تفوق التعرض الباطني والأساليب المعرفية على كل من المدى القريب والبعيد في التحكم في نوبات الهلع. وعلى الرغم من ذلك، كان الاسترخاء العضلي التدريجي فعالا بالقدر نفسه الذي أدى إليه التعرض والاستراتيجيات المعرفية في خفض القلق العام (ديفيد بارلو، 2002، 45).

فالعلاج المعرفي قدم استراتيجيات تدخل وصلت معدلات الشفاء باستخدامها (90%) لمرض كان يعتقد منذ عشر سنوات فقط أنه مرض عضال لا شفاء منه، حيث أكدت دراسة محكمة أجريت على (64) مريضا، تهدف إلى إجراء مقارنة بين كل من:

- العلاج المعرفي.
- العلاج بالعقاقير.
- العلاج بالاسترخاء.
- وعدم الخضوع لأي علاج.

وجد **كلارك وزملاؤه** أن العلاج المعرفي يفوق بشكل واضح كلا من العلاج بالعقاقير والعلاج بالاسترخاء، واللذان يعتبران معا أفضل من لا شيء، وهنا يعلق مارتن سليجمان على نتيجة هذه الدراسة بقوله: وهذا المعدل المرتفع من حالات الشفاء معدل غير مسبوق، وأزعم أنني لا أكاد أذكر حالة واحدة في تاريخ العلاج النفسي، والعلاج

بالعقاقير صاحبتهما هذه الدرجة شبه الكاملة من الشفاء ودون أي معاودة أو تكرار للإصابة (مارتن سيليجمان،2004، 82).

من بين الدراسات الأساسية التي تناولت فائدة الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي (TCC) ومضادات الاكتئاب، يمكن أن نذكر دراسة بارلو وزملاؤه (Barlow et col,2000) ودراسة دوبور وزملاؤه (De Beurs et coll,1995)، باستخدام فليفوكسامين (Fluvoscamine) وقد خلصوا إلى تفاوت بسيط للعلاج المشترك قصير أو طويل المدى مقارنة مع العلاج الأحادي.

وبشكل عام هناك دراسة تحليل مركز لفوروكافا وآخرون (Furukawa et coll, 2006) عرّف (21) دراسة، أجريت على (1709) مريض، أكدت فعالية الجمع بين العلاج النفسي ومضادات الاكتئاب، في مقابل العلاج النفسي منفردا أو العلاج الدوائي منفردا، وذلك في علاج اضطراب الهلع مع أو بدون أجورفوبيا.

وقد تضمنت العلاجات النفسية في غالبية الحالات علاجات سلوكية مع العلاج المعرفي، أو علاج معرفي وتضمنت مضادات الاكتئاب (Tricycliques, intribiteurs des monouaminazes oscdases IMAO).

وبالنسبة للتقويم البعدي أثبت الجمع بين العلاجين النفسي والدوائي فعالية مقارنة مع العلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب، وليس مقارنة مع العلاج النفسي وحده، لذلك استخلص الباحثون فعالية العلاج المشترك نفسي ودوائي، والعلاج المعرفي السلوكي منفردا في علاج اضطراب الهلع (Cottrausc J,2009,44).

لقد ثبت نجاح صورة العلاج المعرفي وصوره المعدلة قليلا، وأجري أوتو وزملاؤه (Otto et al, 1995) تحليلا مبينا نتائج العلاج القائم على (43) دراسة ضابطة مع علاجات فارماكولوجية، ومعرفية/سلوكية، دوائية و معرفية/سلوكية ممتزجين، واستنتجوا ما يلي:" قدم تحليلنا مساندة قيمة للاستنتاج بأن العلاج المعرفي (المعرفي/السلوكي) هو على الأقل فعّال كالعلاجات الدوائية، ويقدم تأثيرات قوية على

مقاييس تكرار الهلع باعتبارها مقاييس كلية للعواقب. بالاضافة إلى ذلك فإن العلاج المعرفي/السلوكي مقارنة بالعلاج الدوائي يرتبط بمعدلات أدنى من الإنهاك، ويؤدي إلى شفاء ولمدة طويلة المدى.

كما أجرى أرنتز وفان دين هاوت (Arntz et Van den Hout, 1996) دراستهما الضابطة، التي قارنا فيها العلاج المعرفي المبني على الفرض النظري لـ: " كلارك وسالكوفيسكيس (1986) بالاسترخاء التطبيقي القائم على تقنيات ابتكرها أوست (Ost). وتضمن الاسترخاء التطبيقي تعليم المرضى مهارات الاسترخاء التي يتم تطبيقها بأسرع ما يمكن عند ظهور علامات الهلع.

وعند نهاية العلاج بالاسترخاء التطبيقي أعطي المرضى تعرض تدريجي في " الواقع الحي" لمواقف مخيفة، وبذلك يمكن أن يمارسوا مهارات استرخائهم. وكان العلاج المعرفي أكثر فاعلية على نحو دال من الاسترخاء التطبيقي في خفض حدوث نوبات الهلع. وفي نهاية العلاج، كان (78%) من مرضى الهلع الذين تلقوا علاجا معرفيا خاليين من الهلع، مقارنة بـ: (50%) فقط من أولئك الذين تلقوا استرخاء تطبيقيا، وعلى نحو الدقة كانت نفس النسب خالية من الهلع عند التتبع لمدة ستة أشهر. وهذه النسب المئوية مماثلة جدا لتلك المقررة بواسطة كلارك وزملاؤه (Clark et al,1994) في دراستهم لتأثير العلاج المعرفي والاسترخاء التطبيقي.

5. الإسعافات الأولية لنوبة الهلع:

لقد قدمت لنا دينيس بيكفيلد خطة متكاملة عن كيفية تقديم الإسعافات الأولية لمرضى اضطراب الهلع، والذي يمكن أن نتبع خطواتها كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (9): يمثل خطوات الإسعافات الأولية لنوبة الهلع

1. اجلس واستنشق نفسا بطيئا وعميقا، وليأخذ أربع ثوان على الأقل تتنفس خلالها من الأنف، وأربعا أخرى على الأقل في الزفير من خلال شفتيك المضمومتين كما لو كنت تريد الصفير بهما. استمر في ذلك لعدة دقائق، واحرص حينها على أن تكون عضلاتك في حالة استرخاء. 2. تخيل مشهدا باعثا على الاسترخاء باستخدام جميع حواسك وضع نفسك هذا المشهد المتخيل. 3. تذكر الأوقات التي تعاملت خلالها بنجاح مع مواقف شبيهة، أو شعرت أثناءها أنك ناجح ومتحمل للمسؤولية، حاول استعادة المشاعر التي مررت بها آنذاك. 4. ركز اهتمامك على "قطع النوبة" وحاول قطع أفكارك المأساوية حول الكوارث التي تتخيل حدوثها لك، وأعد التركيز على الكائنات الجمادية المحيطة بك، محاولا التدقيق في تفاصيل كل كائن تقع عليه عيناك. 5. حاول التنفيس عن أفكار القلق لديك من خلال إدراك أن نوبات هلعك لن تلحق بك أي أذى، وأنها ليست مصدر خطورة عليك ولا تعني أن بك مسّا من الجنون مهما كانت حدة مشاعرك. 6. تخيل شخصا يحوز ثقتك، ويصدقك ويهتم بما فيه خير لك، والآن تخيل أن هذا الشخص معك وأنه يقدم لك الدعم. 7. تذكر أن نوبة الهلع التي هي بمثابة نظام إنذار طبيعي لجسمك فقط، قد تأتي حينما لا يكون ثمة داع لها. قل لنفسك:" إن هذا مجرد خطأ بسيط، فالأمر لا يبعث على الخطر". 8. استقطع بعض الوقت للراحة وحاول أن تهدئ من إيقاع الحياة حولك وهدئ من إيقاع أنفاسك، وأفكارك المتلاحقة، وكذلك جسمك كله من منبت رأسك إلى أخمص قدميك، ثم بعد ذلك استأنف بهدوء نشاطك الذي سبق النوبة من جديد.

9. إسأل نفسك عن " شعورك " قبيل حدوث أولى علامات النوبة، وحاول أن تستعيد هذه المشاعر، نعم قد تكون هذه المشاعر مؤلمة، إلا أن إدراكها يمكن أن يكون سبيلا لاحتواء نوبات الهلع.

10. تثاءبا تثاؤبا عميقا، وحاول شد جسمك وتمديده من الرأس إلى القدم، والآن يمكنك مضغ قطعة من العلك (اللبان) في بطء وتركيز.

11. أشغل نفسك بمهمة تستنفذ طاقتك، اشرع في أداء عمل معقد، استمع لبرنامج إذاعي تحبه، اتصل هاتفيا بصديق، حاول التركيز على ما يحدث حولك لا ما يحدث بجسمك. وعلى ما يحدث في الوقت الحاضر لا ما سيحدث مستقبلا.

12. حمس نفسك وتعهد أمامها ألا تدع الهلع يستولي عليك، فأنت تستحق أن تكون أفضل مما أنت عليه.

13. إذا كانت هناك سعة في المكان، فتجول فيه بعض الوقت، وإذا صادفت بعض الأشخاص فتحدث إلى أحدهم، ويفضل أن تفعل الأمرين معا.

14. مارس العد التنازلي من الرقم 20 ومع كل رقم تخيل صورة لشخص تحبه أو شيئا تسعد به، أو يبعث على تهدئتك، ويمكن أن تكون هذه الصور صورا تبعثها من ماضي الذاكرة أو حتى تختلقها.

15. قم إلى الصلاة أو توجه بدعاء إلى الله، وحاول أن تستدعي إيمانك وتركن إليه.

16. ذكر نفسك أن نوبة الهلع دائما ما تكون ذات نهاية دائما.

(نقلا عن دينيس بيكفيلد، 2004، د)

المراجع العربية والاجنبيه

المراجع العربية:

- أحمد عبد الخالق(2002): **الوسواس القهري-التشخيص والعلاج**-مكتبة الكويت الوطنية.
- أحمد عكاشة (2003): الطب النفسي المعاصر، الأنجلو مصرية، القاهرة.
- أرثر بيل (2011): **الفوبيا**، ترجمة عبد الحكيم الخزامي، الدار الأكاديمية للعلوم مصر الجديدة.
- آرون بيك (2000): **العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية**، ترجمة عادل مصطفى، دار النهضة العربية، بيروت.
- آرون بيك، جان سكوت، مارك ويليامز(1989):**العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية**، ترجمة حسن عبد المعطي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- إسماعيل علوي، بنعيسى زغبوش (2009):العلاج النفسي المعرفي، عالم الكتاب الحديث، عمان.
- إيهاب كمال (2008): **ثلاثي الهزيمة (قلق . أرق . إكتئاب)**، الدار الذهبية، القاهرة.
- باسم الدحادحة، سعاد سليمان(2008): فعالية إستراتيجية **تقليل الحساسية التدريجي في** خفض قلق الامتحان وتحسين مستوى التوافق النفسي لدى طلاب جامعة السلطان قابوس، مجلة دراسات عربية في علم النفس، م7، ع1، القاهرة، 1-41
- بالمر س، كوروين ب، رودل ب(2008): **العلاج المعرفي-السلوكي المختصر**، ترجمة محمود مصطفى، دار إيتراك، القاهرة.
- تيموثي ج.ترول(2007):**علم النفس الإكلينيكي**، ترجمة فوزي طعيمة، جنان زين الدين دار الشروق، عمان.

- حسان المالح (1995): **القلق العام و نوبات القلق الحاد (الهلع)**، الثقافة النفسية، المجلد6، ع 24، دار النهضة العربية، القاهرة.

- حسن عبد المعطي (2001): **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة** دار القاهرة.

- حسن عبد المعطي(1998) : **علم النفس الإكلينيكي** ، القاهرة.

- حسين فايد (2008): **العلاج النفسي، أصوله- تطبيقاته- أخلاقياته**، دار طيبة، القاهرة.

- حسين فايد (2004): **علم النفس المرضي**، حورس الدولية، الإسكندرية.

- حسين فايد (2001): **الاضطرابات السلوكية**، حورس الدولية، الإسكندرية.

- ديفيد بارلو وآخرون(2002): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية ترجمة صفوت، فرج الأنجلو مصرية، القاهرة.

- دينيس بيكفيلد(2004): **كيف تسيطر على خوفك وتعود لحياتك من جديد**، مكتبة جرير، الرياض.

- رئيفة عوض (2001): **ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة التشخيص والعلاج**، مكتبة ، النهضة العربية، القاهرة.

- زينب الشقير(2005): **مقياس الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع**، مكتبة النهضة، المصرية ، القاهرة.

- طه عبد العظيم (2007):**العلاج النفسي المعرفي**، دار الوفاء،الإسكندرية.

- عادل محمد (2000): **العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات**، دار الرشاد،القاهرة.

- عبد الستار إبراهيم(1993):**العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث**، دار الفجر القاهرة

- عبد المنعم الميلادي (2004): **الأمراض و الاضطرابات النفسية**، مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية.

- فوقية رضوان(2004):**الاضطرابات المعرفية و المزاجية تشخيص و علاج**، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

- فيصل زراد (2005):**العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض**، دار العلم للملايين، بيروت.

- لويس كامل مليكه (1994):العلاج السلوكي وتعديل السلوك (د.ناشر) القاهرة .

- ليندزاي .س، بول.ج (2000): مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج، الأنجلو مصرية، القاهرة .

- ماثيو ماكاي، مارثا ديفيز، باتريك فانينج (2010): **الأفكار والمشاعر-السيطرة على حالاتك المزاجية** وعلى حياتك- ترجمة سليمان الغديان، مكتبة جرير، الرياض.

- مارتن أنطوني، راندي ماك كاب(2008):10 **حلول بسيطة لعلاج حالات الذعر** ترجمة ميراي مكاري، دار الكتاب العربي، بيروت.

- مارتن سيليجمان (2004): **ما الذي يمكنك تغييره**، مكتبة جرير، الرياض.

- ماري آن ميركر(2006): **اضطراب الهلع في روبرت ليهي:العلاج النفسي والمعرفي في الاضطرابات النفسية** ، ترجمة جمعة يوسف، محمد الصبوة، إيتراك للطباعة و النشر ، القاهرة.

- مايكل كراسك، ديفد بارلو(2002):**اضطراب الرهاب الاجتماعي، في ديفيد بارلو (محرر) (محرر) مرجع إكلينيكي** في الاضطرابات النفسية، ترجمة صفوت فرج مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

- محمد الشناوي، محمد عبد الرحمان(1998): **العلاج السلوكي الحديث**، دار قباء،القاهرة.

- محمد غانم(2006): **الاضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية**، مكتبة الأنجلو مصرية ، القاهرة.

- ناصـر المحـارب(2000): المرشـد في العـلاج الاسـتـعـرافي السلوكي، دار الزهراء، الرياض.
- نعمان علي، حيدر علي (2006): دراسـة عـائليـة لاضطـراب الهلـع في العـراق، المجلـة العربية للطب النفسي ، المجلد 17، العدد02، الأردن.
- هوفمان إ س جي(2012): العـلاج المعرفـي السلوكي المعاصر، ترجمـة مراد عيسى دار الفجر، القاهرة.

المراجع الأجنبية:

- American psychatric Association, (2003): **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**, Texte révisé Traduction J .D Guelfi et coll, Masson, Paris.

- American psychatric Association, (2001): **Diagnostic and Statistical Manual of disorders,** Washington DC Author, 4th ed.

- American psychatric Association, (1994): **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**, 4ième édition DSM –IV Traduction J .D Guelfi et coll, Masson, Paris.

- André C) 2005): **les thérapies cognitives**, Bernet -Danilo, Meschers.

- Arntz A, & Van den Hout M (1996) : **Psychological treatment of Panic disorder without agrophobia : Cognitive therapy Versus applied relaxation.** Behaviour Research and Therapy, 34,113 –121.

- Asnis G, & Meir van Praag H (1995) : **Panic disorder :C clinical, Biological and treatment aspect**, New York ; jon Wiley

- Barlow DH (1988): Anxiety **and its disorders:The nature and treatment of anxiety and panic**, Guilford, New York.

- Boulenger J (2009): **La Revue du Praticien, La revue du praticien Vol** 59.

- Carlgring P, Gustafsson H, Ekselius I, & Andersson G,(2002) **12 month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population.Social Psychiatric Epidemiology**,5,207 –211.

- Clark D, Salkovskis P, Hackmann A, & Gelder M (1994) : **A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and impiramine in the treatment of panic disorder,** British Journal of Psychatry, 164, 759 –769.

-Clark D (1986): **A cognitive Approache to panic, Behaviour Research and Therapy**, 24, 461 –470.

-Cottraux J (2009): **TCC et Neurosciences**, Masson,Paris.

-Cottraux J (2001):**Les thérapies comportementales et cognitives**, Masson, Paris.

-Cottraux J., Notte I.D.,Cungi C. & coll.(1995) :**A controlled study of cognitive behavior therapy combined with buspirone or placebo in Panic Disorder with agoraphobia : a double blind study with a one year follow –up**. Br.J.Psychiatry, 167, 635 - 641.

-Delbrouck M (2011): **Psychopathologie, Manuel a l'usage du médecin et du psychothérapeute,** de boeck, Paris.

-Edelmann,R.J (1992): **Anxiety ; Theory, research and Intervention in clinical and health psychology** Chichester Wiley.

-Faravelli C., Paterntniti S., Scarpato M. (1995) : **A 5 –year prospective, naturalistic follow –up study of panic disoror**. Compr. Psychiatry, 36, 271 - 277.

- First MB, Frances A, Princus H (1999): **DSM –IV Diagnostics differentiels, Traduction Couruble E,** Masson, Paris.

- Goisman R.M., Warshaw M.G., Peterson L.G.,Rogers M.P.,Cuneo P Hunt M.F., Tomlin –Albanese J.M., Kazima., Gollan J.K.,

- Epstein -Kayet T., Reich J.H., Keller M.B(1994) : **Panic agoraphobia and panic disorder with agoraphobia Data from a multicenter anxiety disorders study** . Nerv. Ment. Dis., 182, 72 -79.

- Huber W(1993) : les psychothérapies, quelle thérapie pour quel patient ? Nathan, Paris.

- Kennerly H (008): **Peurs, Anxiété et Phobies, Dunod**, Paris.

- Last CG, Strauss CC (1990) :**School refusal in anxiety -disordered Children and adolescents,** J. of American Academy Of children and adolescent psychiatry,29,31 .

- Lepola U , Koponen H, Leinonen E(1996): **A naturalistic 6 -years follow -up study patients with panic disorder.** Acta Psychiatr Scand, 93 : 181 -3 .

- Lépine JP, Chignon JM , Téhérani M(1993): **Suicide attempts in patients with panic disorder** . Arch Gen Psychiatry,50 : 144-149.

- Lepine J.P.(1994): **Comorbidité des troubles anxieux et dépressifs perspectives épidémiologiques.** L'Encéphale, XX,683 -692

- Lepine J.P, Pélissolo A, Weiller E, Boyer P, Lecrubier Y(1995): **Recurrent brief depression : clinical and epidemiological issues**, Psychopathology 28 (suppl. 1) :86 -94.

- Lundervold A, & Buermann M (2008): **Effect off Behavioral Activation Treatment on Chronic Fibromyalgia Pain Replication and Extension,** International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 4 . 146 -157 .

- Maller R, Reiss S (1992) : **Anxiety Sensitivity in 1984 and Panic Attacks in 1987,** Journal of Anxiety Disorders, 6, 241 -247.

- Ost L G (1988): **Applied relaxation vs progressive relaxation In the treatment of panic disorder**. Behavior Research and Therapy. 26, 13 -22.

- Otto M, Geuld R, & Pollack M (1995) : **A meta -analysis of treatment Outcome for panic disorder**, Clinical Psychology Review, 15,819 -844.

- Pollack M.H., Otto M. W., Rosenbaum J.F., **Sachs G. S 1992 Personality disorders in patients with panic disorder association with childhood anxiety**, early trauma, comorbidity. Comp.Psychiatr., 33) 2), 78 -83.

- Rachman S (1998): **Anxiety Psychology**, Press Ltd, London.

-Samuel -lajeunesse B,Mirabel -sarron C,Vera L,Mehran F.(2004) : **Manuel de Thérapie comportementale et cognitive**, Dunod, Paris.

-Schmidt N, Lerew D, & Jackson R (1998) : **Anxiety Sensitivity and Pathogenesis of Anxiety and Depression ; Evidence for Symptom Specificity**, Behavior Research and Therapy, 36 . 185–177

-Stewart S, Taylor S, Jang K, Cox B, Watt M, Fedoroff I & Borger S (2001): **Causal modeling of relations among learning history, anxiety sensitivity, and panic attacks.Behavior Research and Therapy**, Vol 39, 443 -456 .

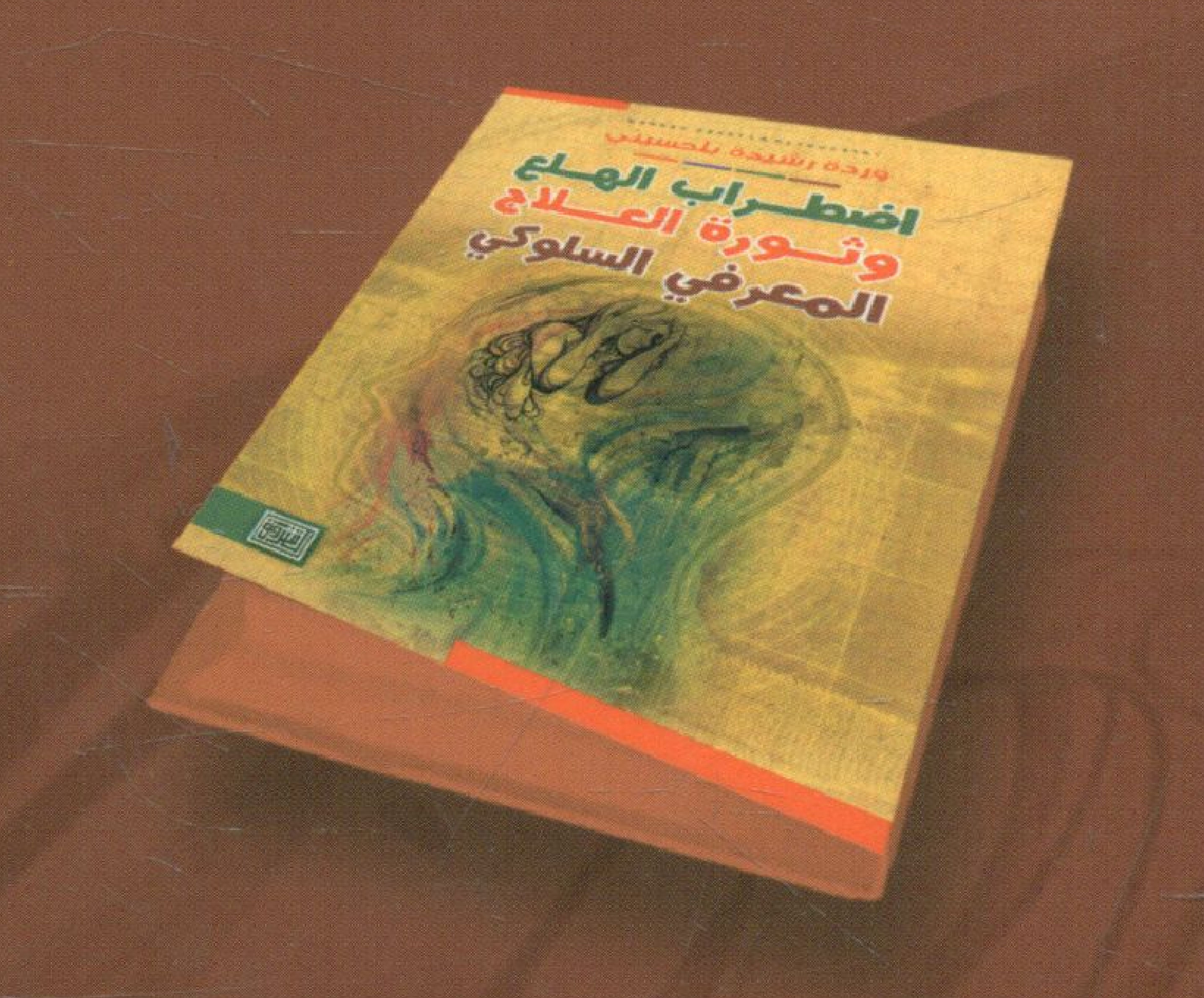
-Véra L, Mirabel -sarron C(2002):**Psychothérapie des phobies**, Dunold, Paris.

-Weissman M.M, Leaf P.J, Blazer D.G, Boyd J.H, Florio L.P(1986) Panic disorder: **clinical characteristics, epidemiology and treatment. Psychopharmacol**. Bull. 22, 787 -791

-Wittchen H.U, Essau C.A (1993): **Epidemiology of panic disorders progress ans unresolued issues. J. Psychiatr.Res,** 27,Suppl, 47 –68.

-World Health Organization (1992): **the I.C.D –10 classification of Mental and behavioral disorders clinical description and diagnostic guide lined,** Geneva.

اضطـراب الهـلع
وثـورة العـلاج
المعرفي السلوكي



وردة رشيد بلحسيني من مواليـد 22 / 09 / 1970 بسكيكدة الجزائر أستاذ محاضر في علم النفس المرضي للراشد والعلاجات النفسية وسيكولوجيا الاضطرابات، معالجة نفسية بعيادة نوبل للاستشارات النفسيـة الاجتماعية ، حاصلة على شهـادة البكالوريا تخصص علوم سنـة 1988 ، شهـادة ليسانس علم النفس الاكلينيكي سنة 1992، شهادة الماجستير سنة 2002 ، ثم شهادة الدكتوراه سنة 2011 .

ممارس متقدم في البرمجة اللغويـة العصبية ، ومدرب محترف معتمد في التنمية البشرية، أجرت تكوينات متخصصة في المقابلة العلاجية الحديثة ، وعلاج الصدمـات والمخاوف المرضية ، عملت كمستشارة رئيسية في التوجيه المدرسي والمهني بالتعليم الثـانوي ، كما أطرت العديد من التكوينات لفائدة المعلمين والطلبة ، وتساهم في العديد من النشاطات العلمية ذات الطابع النفسي الاجتماعي في خدمة المجتمع ، لديها ثلاث مقـالات في إطار العلاج المعرفي السلوكي : النماذج المعرفية لتفسير الرهاب الاجتماعي تضارب أم تكامـل ، التدخل السلوكي واستراتيجية التعرض ـ ET ـ في علاج القلق الاجتماعي ، أسبـاب اضطراب الهلع بين قوة التنظير البيولوجي والنفسي،لديها مؤلف حول العـلاج المعرفي السلوكي للرهاب الاجتماعي .


ISBN 9957-00-543-X
9789957005436



الشروق

دار الشـروق للنشـر و...ع

عمـان-الأردن / رام الله - ...ن